



**Le non-recours aux services de soins prénatals:  
expériences de femmes vivant dans la commune rurale de  
Kokologho au Burkina Faso**

**Mémoire**

**Marietou Niang**

**Maîtrise en santé communautaire**  
Maître ès sciences (M.Sc.)

Québec, Canada

© Marietou Niang, 2014



## **Résumé**

Ce mémoire avec article tente de comprendre les motifs de non-recours aux services publics de soins prénatals selon la perspective des femmes âgées de 18 ans et plus vivant dans la commune rurale de Kokologho au Burkina Faso. Cette étude qualitative inspirée de l'ethnographie a utilisé différentes méthodes de collecte de données, dont l'observation participante, vingt-deux entretiens individuelles semi-dirigés avec des femmes qui sont en recours tardif aux soins prénatals et huit entretiens informelles avec des informateurs clés identifiés dans la communauté. Il ressort de l'analyse que le non-recours aux soins prénatals ne résulte pas seulement de facteurs liés à l'individu, mais de différents facteurs socioculturels, politiques et institutionnels. Nos résultats suggèrent que l'antagonisme des normes sociales entourant la grossesse et celles médicales, de même que les défaillances du système de soins et de la politique d'exemption des soins préventifs durant la grossesse entravent le recours effectif aux soins prénatals.



# Table des matières

<b>Résumé</b>	<b>iii</b>
<b>Table des matières</b>	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>ix</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>xi</b>
<b>Liste des annexes</b>	<b>xiii</b>
<b>Liste des sigles et abréviations</b>	<b>xv</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>xix</b>
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 Contexte et problématique de la recherche</b>	<b>5</b>
1.1 Le Burkina Faso: contextes géographique, démographique, économique, politique, social et sanitaire	5
1.1.1 Le système de soins au Burkina Faso : des défis majeurs	6
1.1.2 État de la situation sanitaire : les mortalités maternelle et néonatale en ASS et au Burkina Faso	8
1.1.3 Des mortalités et morbidités évitables, mais qui persistent	10
1.2 Les soins prénatals : une des solutions en regard des forts taux de mortalité maternelle et néonatale	12
1.2.1 Les soins prénatals: définition et importance	12
1.2.2 Une couverture des soins prénatals améliorée, mais insuffisante	13
1.2.3 La politique d'exemption du paiement des soins préventifs durant la grossesse au Burkina Faso	15
<b>Chapitre 2 État des connaissances sur l'accès et l'utilisation des soins prénatals</b>	<b>17</b>
2.1 Utilisation et accès aux soins: définitions et enjeux	17
2.2 Les facteurs associés à l'utilisation des soins prénatals en ASS et au Burkina Faso	20
2.2.1 Méthodes de la recension des écrits	20
2.2.2 Les caractéristiques individuelles	22
2.2.3 Les caractéristiques des services de santé	26
2.2.4 Les croyances et pratiques culturelles autour de la grossesse	30
2.3 Pertinence sociale et scientifique de l'étude : récapitulation	32
<b>Chapitre 3 Objectifs, questions et cadre conceptuel de la recherche</b>	<b>35</b>
3.1 Objectifs et questions de recherche	35
3.2 Cadre conceptuel de l'étude: typologie explicative du non-recours	36
3.2.1 Systématisation de la typologie explicative du non-recours	39
<b>Chapitre 4 Méthodologie de recherche</b>	<b>41</b>
4.1 Présentation et justification du choix de la commune rurale de Kokologho	41
4.1.1 Description de la commune rurale de Kokologho	42
4.1.2 Organisation sanitaire de la commune et organisation du système de SMNI	44

4.2	Type de recherche: une recherche qualitative inspirée de l'ethnographie _____	45
4.3	Type d'échantillonnage, sélection et processus de recrutement des participantes _____	47
4.3.1	Le soutien d'une interprète _____	48
4.3.2	Population de l'étude _____	50
4.3.3	Stratégies de recrutement _____	51
4.3.4	Contraintes liées au recrutement _____	53
4.3.4.1	Contraintes générales _____	54
4.3.4.2	Contraintes liées au recrutement des femmes qui ont renoncé aux soins prénatals _____	55
4.4	La collecte des données _____	56
4.4.1	L'entrevue semi-dirigée _____	56
4.4.1.1	La grille d'entrevue _____	56
4.4.1.2	Déroulement des entrevues _____	56
4.4.2	L'observation participante et entrevues informelles _____	59
4.4.3	Le journal de bord _____	60
4.5	Analyse de données _____	61
4.6	Critères de scientificité _____	63
4.7	Considérations éthiques _____	65
4.8	Diffusion des résultats _____	66
<b>Chapitre 5</b>	<b>Résultats descriptifs et de contenu _____</b>	<b>67</b>
5.1	Résultats descriptifs : caractéristiques des participantes à l'étude _____	67
5.2	Expérience et perception de la grossesse et des différentes sources de soins _____	71
5.2.1	Vécu et perception de la grossesse _____	71
5.2.2	La perception de l'état de santé et le recours à divers types de soins _____	86
5.3	Article portant sur l'objectif 2: Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. Exemple de la commune rurale de Kokologho _____	91
5.4	Les pistes de solution tirées des propos des femmes _____	112
<b>Chapitre 6</b>	<b>Discussion des résultats _____</b>	<b>121</b>
6.1	Vécu et perception de la grossesse et recours tardif aux soins prénatals _____	121
6.1.1	Normes socioculturelles entourant la grossesse _____	122
6.1.1.1	Exclusion et stigmatisation sociales: les réalités de certaines femmes _____	123
6.1.1.2	Différences dans la représentation de la grossesse : savoir populaire versus savoir médical _____	128
6.1.1.3	L'hôpital la seule alternative de soins durant la grossesse et l'accouchement? _____	130
6.1.2	L'effet de la vulnérabilité sur le recours tardif aux CPN _____	132
6.1.2.1	Précarité économique et sociale des femmes _____	132
6.1.2.2	L'accessibilité géographique : une contrainte non déclarée par les participantes _____	135
6.1.3	Quelques enjeux structurels et organisationnels de l'offre de soins _____	136
6.2	Le renoncement aux soins prénatals: un phénomène qui tend à disparaître? _____	138
6.3	Pistes de solutions et leur implication politique et sociale _____	140
<b>Conclusion</b>		<b>145</b>
<b>Bibliographie</b>		<b>149</b>

<b>Annexe A : Soins prénatals focalisés: le modèle CPN en quatre visites, d'après les directives cliniques de l'OMS</b>	<b>157</b>
<b>Annexe B : Cadre conceptuel systématisé</b>	<b>159</b>
<b>Annexe C : Ébauche d'une grille d'entrevue</b>	<b>161</b>
<b>Annexe D : Grille d'observation</b>	<b>165</b>
<b>Annexe E : Présentation des différents informateurs-clés</b>	<b>167</b>
<b>Annexe F Feuillelet d'information pour un consentement</b>	<b>169</b>
<b>Annexe G : Formulaire d'engagement à la confidentialité destiné à l'interprète</b>	<b>179</b>





## Liste des tableaux

Tableau 1 : Profil sociodémographique et périnatal des participantes.....	70
---	----



## Liste des figures

Figure 1 : Définition de l'accès aux services de santé .....	18
Figure 2 : Carte administrative de la commune de Kokologho.....	43
Figure 3 Connaissance de la grossesse en pourcentage .....	72



## Liste des annexes

Annexe A: Soins prénatals focalisés: le modèle CPN en quatre visites, d'après les directives cliniques de l'OMS .....	157
Annexe B : Cadre conceptuel systématisé .....	159
Annexe C : Ébauche d'une grille d'entrevue .....	161
Annexe D : Grille d'observation.....	165
Annexe E : Présentation des différents informateurs-clés .....	167
Annexe F Feuillelet d'information pour un consentement .....	169
Annexe G : Formulaire d'engagement à la confidentialité destiné à l'interprète .....	179



## Liste des sigles et abréviations

ASS : Afrique subsaharienne

CM : Centre médical

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

COGES: Comités de gestion

CPN : Consultation prénatale

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

EDSBF-MICS IV : Quatrième enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples

ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services

OMD 5 : 5<sup>e</sup> Objectif du millénaire pour le développement

OMD 4 : 4<sup>e</sup> Objectif du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASME : Projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso

SMNI : Santé maternelle, néonatale et infantile

SSP : Soins de santé primaires

UNICEF : Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (United Nations International Children's Emergency Fund)

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine





*Je dédie ce mémoire aux braves femmes africaines, femmes de l'ombre, impériales et majestueuses. À mes **Fatou** chéries, ma grand-mère et ma mère. Je ne pourrai oublier ces braves hommes qui sont pour l'épanouissement de ces femmes dans toutes les facettes de leur vie. À toi **Ibra**! Papa je te remercie du fond du cœur pour tous les sacrifices que tu as eu à faire pour que je sois instruite. À toi **Assane**, ma douce moitié, ton amour m'accompagne. À toi **Baye Mamour Insa**, pour tout ce réconfort spirituel.*



## **Avant-propos**

Ce mémoire de maîtrise comprend un article écrit à titre de première auteure par l'étudiante chercheuse, en collaboration avec Madame Sophie Dupéré, directrice de recherche, et Madame Emmanuelle Bédard, codirectrice de recherche. L'étudiante chercheuse a effectué toutes les étapes de la recherche, de la collecte à l'analyse des données et a rédigé également l'article. Les co-auteurs ont lu et ont apporté des commentaires tout au long de la recherche de même qu'aux différentes versions de l'article. L'article s'intitule «Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. Exemple de la commune rurale de Kokologho». Il a été soumis à la revue Santé publique depuis le 30 juillet 2014.

Dans tout projet, il y a toujours des personnes formidables qui vous soutiennent, qui vous épaulent, qui sont là aux moments les plus difficiles et celles-là doivent être présentes aux moments les plus heureux. En ce moment où j'écris ces remerciements, je suis heureuse de voir que je suis à la fin de ce projet et de pouvoir exprimer, enfin, toute ma gratitude à tous ces gens qui ont bâti ce projet avec moi. Hélas, je ne pourrai nommer chacun de vous, mais j'espère que ceux qui ne seront pas nommés s'y reconnaitront.

Nous tenons à remercier d'abord le Projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants (PASME) au Burkina Faso dans lequel s'inscrit ce mémoire. Il nous a soutenues par différentes subventions. Je remercie tout le personnel, tant au Canada qu'au Burkina Faso, pour leur présence constante tout au long de ce projet. Je veux nommer affectueusement Marc-Antoine Désy, Carole Perreault, Stéphanie Hoey, Moussa Guéri, Issouf Tassebedo et Jean Marie Tassebedo.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans Madame Sophie Dupéré, ma directrice de recherche, qui s'est investie du tout début jusqu'à la fin, ta présence intellectuelle et amicale et ta confiance en moi m'ont forgée sur le chemin pénible de la recherche. Sans oublier, Madame Emmanuelle Bédard, ma codirectrice de recherche, qui de par son orientation intellectuelle et sa disponibilité a nourri ce projet.

J'adresse également mes remerciements à Monsieur Christopher Fletcher d'avoir accepté d'évaluer et d'enrichir ce mémoire. Je n'oublie pas tout le personnel administratif et les professeurs du programme de santé communautaire, mention spéciale à Madame Gisèle Groleau.

Je tiens à remercier toute ma famille, Thiam et Niang, pour leurs conseils si précieux et leurs prières. Tonton Ameth merci pour tout ce que tu as eu à faire pour que je puisse réaliser ce rêve. À tous mes amis (es) vos conseils et soutiens m'ont été d'un grand réconfort, Penda, Oumou, Fama, Ta Awa, aux sœurs Laffitte particulièrement à Nathalie.

Pour finir, je ne remercierai jamais assez les femmes qui ont donné de leur temps, sans aucune compensation, pour faire les entrevues. À travers leurs témoignages, elles constituent les fruits de ce mémoire. Ne pouvant pas vous nommer, je remercie chaleureusement chacune d'entre vous de votre disponibilité et de votre générosité à partager vos vies avec moi : *Barkà!* J'exprime toute ma gratitude à toute la population de la commune rurale de Kokologho pour leur générosité et leur sens de l'accueil.

## Introduction

Les études portant sur l'utilisation des services de santé en Afrique subsaharienne (ASS) sont relativement récentes. Elles ont été entamées juste après l'ère des indépendances des années 1950 et 1960 (Fournier & Haddad, 1995). Ce retard peut s'expliquer en partie par l'histoire de ces services dans cette région du monde. En effet, les services de santé ont été implantés dans les colonies africaines dans une «perspective colonisatrice» (Fournier & Haddad, 1995; Houéto, 2008). Ils étaient organisés autour de trois secteurs : (a) les services destinés aux colons (b) les services pour les travailleurs indigènes afin de préserver leur productivité, et (c) le contrôle des grandes endémies (Fournier & Haddad, 1995). Ce type d'organisation n'ouvrait ni la voie ni la nécessité de se questionner sur les mécanismes d'accessibilité et d'utilisation des services de santé par les populations locales.

C'est seulement en 1978 lors de la conférence d'Alma-Ata que le constat désastreux de l'inaccessibilité aux services de santé a été soulevé, et ce, en particulier dans les zones rurales des pays en développement (OMS, 1978). Les premiers jalons des principes d'égalité, de justice sociale, d'équité et de participation communautaire en matière de santé ont été posés lors de cette conférence. L'accès universel aux soins de santé primaires<sup>1</sup> a été proposé comme étant primordial pour garantir une utilisation équitable et efficiente des services de santé. D'où la résolution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1973, «La santé pour tous d'ici l'an 2000», qui visait à garantir un niveau de santé pour tous les habitants du monde afin qu'ils accèdent à une vie socialement et économiquement productive (OMS, 1981).

Sur cette lancée, plusieurs initiatives sont nées en ASS pour garantir l'efficacité et l'équité des services de santé, notamment l'Initiative de Bamako. En effet, avec les problèmes économiques des années 1980 qu'ont connus les pays de l'ASS, l'Initiative de Bamako a été adoptée par les ministres africains de la Santé en 1987 comme politique de relance des

---

<sup>1</sup> Les soins de santé primaires sont définis lors de cette conférence comme étant : «des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination» (OMS, 1978).

soins de santé primaires annoncés lors de la conférence d'Alma-Ata (Ridde, 2004). Elle reposait sur le paiement direct des soins par les usagers des services de santé pour remédier à leur sous-financement (Fournier & Haddad, 1995; Ridde, 2004). Cependant, cette mesure politique a eu des effets négatifs sur l'accès financier aux services de santé (Ridde, 2004) surtout pour les populations les plus démunies, notamment les populations rurales et les femmes. Par conséquent, depuis quelques années et dans une visée d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)<sup>2</sup>, des politiques d'exemption des frais de santé sont implantées de différentes manières au sein des pays. Au Burkina Faso, la politique existe sous forme d'exemption catégorielle, avec la gratuité des soins préventifs durant la grossesse; la subvention des accouchements et des césariennes (de 60 ou 80% en fonction des centres de santé) et la prise en charge des frais de transport en cas de référencement (Ridde, Robert, & Meessen, 2010). Cette politique d'exemption permet aux populations les plus démunies d'accéder aux soins avec plus de facilité, mais elle ne règle pas totalement les problèmes d'accessibilité financière aux services de santé dont font face les populations les plus démunies des pays d'ASS.

Nonobstant une augmentation substantielle de l'offre des soins et la décentralisation des services de santé dans les régions rurales (Ridde, Nougara, & Haddad, 2004), l'accès aux services de santé reste toujours problématique en ASS. Dans un contexte de pauvreté et d'inégalités de genre, les femmes sont particulièrement concernées. Au Burkina Faso et dans plusieurs pays de l'ASS, les femmes souffrent de discrimination en matière d'éducation, de santé, de revenu, d'employabilité et de violences sexistes que ce soit physique, sexuel ou psychologique (Bédard, 2005). Ces discriminations influencent l'accès aux services de santé, notamment les services de santé reproductive.

Au-delà de ces contraintes, d'autres contraintes socioculturelles subsistent et entravent l'utilisation des services de santé. En effet, la médecine traditionnelle occupe une place importante dans le choix des soins. L'OMS estime qu'en Afrique comme en Asie, 80% de la population recourt à la médecine traditionnelle<sup>3</sup>. Cette médecine dont les racines sont

---

<sup>2</sup> Le 8 septembre 2000, les 191 États membres des Nations Unies ont adopté la Déclaration du Millénaire qui comporte huit objectifs principaux à atteindre d'ici 2015.

<sup>3</sup> Consulté le 2 septembre 2013: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/fr/>

historiques et socioculturelles est la première alternative de soins pour les femmes en ASS (Fromageot, Parent, & Coppieters, 2005). L'automédication est aussi une pratique très courante dans ce continent où la disponibilité et la qualité des services de santé «modernes» font défaut.

Les inquiétudes soulevées lors de la conférence d'Alma-Ata concernant l'accès aux services de santé restent d'actualité. L'atteinte des OMD - dont l'OMD4 qui vise à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015 et l'OMD5 de trois quarts le taux de mortalité maternelle<sup>4</sup> - semble utopique pour la plupart des pays africains qui devront utiliser des mesures draconiennes pour les réaliser dans les années qui viennent (Grégoire & Mellali, 2004; OMS, 2006b). Il s'avère donc pertinent de s'intéresser aux déterminants de l'utilisation des services de santé en ASS, principalement en ce qui concerne les soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), étant donné que les mortalités maternelle et néonatale demeurent un problème majeur de santé publique (OMS, 2006b; UNICEF, 2012).

Dans cette perspective, ce mémoire s'intéresse à l'utilisation des services de santé au Burkina Faso. Il vise à mieux comprendre les motifs de non-recours aux soins prénatals dans la commune rurale de Kokologho chez les femmes âgées de 18 ans et plus en utilisant une démarche constructiviste et interprétative. L'approche qualitative inspirée de l'ethnographie a été adoptée pour cette recherche. L'étudiante chercheuse a séjourné sur le terrain durant quatre mois (d'octobre 2013 à janvier 2014) pour effectuer la collecte des données.

Ce mémoire est divisé en six chapitres. Dans le premier chapitre nous traiterons de la problématique et du contexte de la recherche, dont l'état de la situation sanitaire et périnatale en ASS et au Burkina Faso et la définition et l'importance des soins prénatals dans la diminution des mortalités et des morbidités des mères et des nouveau-nés au

---

<sup>4</sup> La mortalité maternelle est définie par l'OMS comme étant le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Burkina Faso. Dans le deuxième chapitre, nous exposerons la revue des écrits concernant l'utilisation des soins prénatals en ASS et au Burkina Faso. Le troisième chapitre décrit les objectifs et les questions de recherche, de même que le cadre conceptuel adopté pour cette étude. Ensuite, dans le quatrième chapitre, nous présenterons la méthodologie utilisée. Dans le cinquième chapitre seront détaillés les résultats descriptifs et analytiques à l'aide d'un article scientifique qui porte spécifiquement sur les différents motifs de non-recours des femmes dans la commune rurale de Kokologho. Finalement, le dernier chapitre discutera l'ensemble des résultats de cette recherche en soulignant ses forces et ses limites. Il sera suivi d'une conclusion générale.



## **Chapitre 1      Contexte et problématique de la recherche**

Dans le but de bien asseoir la problématique de cette recherche, nous présenterons d'abord le contexte général du Burkina Faso. Nous poursuivrons par une définition des soins prénatals et nous présenterons l'état de la couverture des soins prénatals et des politiques adoptées pour améliorer l'accès aux soins prénatals au Burkina Faso.

### **1.1 Le Burkina Faso: contextes géographique, démographique, économique, politique, social et sanitaire**

Ancienne colonie de la France, le Burkina Faso ou «Pays des hommes intègres» a accédé à l'indépendance en 1960 comme plusieurs autres pays africains. Il se situe en Afrique de l'Ouest dans la boucle du Niger et s'étend sur une superficie de 274 200 km<sup>2</sup>. Ses limitations géographiques sont au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son climat est de type tropical sec à deux saisons : une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ sept mois (d'octobre à avril). Les précipitations sont généralement faibles et mal réparties dans l'ensemble du pays ce qui influe sur la disponibilité et la sécurité alimentaire (Ministère de la Santé, 2011). Sur le plan administratif, le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages. Sur le plan démographique, sa population était estimée en 2011 à 16 248 558 habitants avec une prépondérance des jeunes de moins de 0 à 15 ans (48%) et des femmes qui représentent plus de la moitié de la population totale (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012). Le taux brut de la natalité est de 46 pour mille et celui de la mortalité est de 11,8 pour mille. L'espérance de vie à la naissance est de 56,7 ans. Huit habitants sur 10 (77,30%) vivent en milieu rural, de l'agriculture et de l'élevage (INSD & ICF International, 2012; Ministère de la Santé, 2011). Une soixantaine d'ethnies cohabitent au Burkina Faso et plus de la moitié de la population est de l'ethnie mossi. Sur le plan économique, le Burkina Faso fait partie des pays les plus pauvres au monde, il se situe au 183<sup>e</sup> rang sur 187 pays selon [l'indice du développement humain 2012](#), près de 45% de la population vivent avec moins

de 1,25 \$US par jour<sup>5</sup>. Le niveau d'instruction reste faible: 71% des six ans et plus n'ont aucun niveau d'instruction; 67 % des hommes et 80 % des femmes de dix ans et plus ne savent ni lire ni écrire (INSD & ICF International, 2012).

### **1.1.1 Le système de soins au Burkina Faso : des défis majeurs**

Le système de soins au Burkina Faso est de type pyramidal, il est organisé sur deux plans : administratif et organisationnel.

Sur le plan administratif, le système de santé au Burkina Faso est organisé en trois niveaux. Le niveau central qui comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du ministre et du Secrétariat général (b) le niveau intermédiaire qui comprend les directions régionales (n=13), et (c) le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires qui constituent les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. En 2011, les districts sanitaires étaient au nombre de 70 dont 63 étaient fonctionnels (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012).

Sur le plan organisationnel, les services de santé publics sont organisés en trois niveaux qui assurent les soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau est constitué par les districts sanitaires et comprend deux échelons. Le premier échelon de soins est le CSPS qui constitue la structure de base du système de santé au sein de laquelle se dispense le paquet minimum d'activités. En 2011, il y avait 1443 CSPS (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012). Le deuxième échelon de soins est le CMA, il sert de référence pour les formations sanitaires du district. De plus, il existe des Centres médicaux (CM) qui peuvent évoluer vers des CMA. Selon les réformes de 2011 dans le secteur de la santé, il a été résolu la création de CM dans tous les chefs-lieux de communes rurales et de CM urbains dans les principales villes. Le deuxième niveau est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (Haggerty, Roberge, Lévesque, Gauthier, & Loignon), il sert de référence et de recours aux CMA. Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

---

<sup>5</sup> <http://www.acdi-cida.gc.ca/burkinafaso-f>

Parallèlement aux formations sanitaires régies par le Ministère de la Santé, il existe d'autres structures publiques de soins qui relèvent du Ministère chargé de la défense et du Ministère de la sécurité sociale. Outre les structures publiques de santé, il existe un sous-secteur privé concentré principalement dans les villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso, en plus le pays compte plus de 30 000 tradipraticiens (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012).

Cependant, le système de santé du Burkina Faso reste affaibli pour multiples raisons. Le financement du secteur de la santé reste insuffisant, en 2012 l'État y a consacré 12,1% de son budget alors que l'OMS préconise 15% (Ministère de la Santé, 2011). À cela s'ajoute, une insuffisance du personnel soignant qualifié de même qu'une mauvaise répartition du personnel à travers le pays. En 2010, l'insuffisance des professionnels semble remarquable surtout pour les accoucheurs (sages-femmes d'État, maïeuticiens d'État ou accoucheurs brevetés) et les médecins. Si les normes de l'OMS préconisent 1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmier pour 5 000 habitants et 1 sage-femme ou maïeuticien d'État pour 5 000 habitants; au Burkina Faso la norme est atteinte pour les infirmiers d'État, mais pour les médecins il est de 1 pour 22 017 habitants et les sages-femmes ou maïeuticiens d'État il est de 1 pour 12 754 habitants (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012). De plus, il est à constater que la majorité du personnel de santé travaille en milieu urbain, notamment à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso. Le matériel, les bâtiments et même les moyens de transport des formations sanitaires restent insuffisants et vétustes, à cela s'ajoute une réelle inaccessibilité aux médicaments et aux consommables médicaux, d'où seulement 30% de la population générale auraient accès à des médicaments essentiels (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012). Ces différentes contraintes, pour ne citer que quelques-unes, entravent l'accessibilité aux services de santé tant au niveau de la qualité qu'à l'obtention des soins de qualité.

### **1.1.2 État de la situation sanitaire : les mortalités maternelle et néonatale en ASS et au Burkina Faso**

À l'aube de 2015 sonne l'échéance pour les OMD, néanmoins les pays en voie de développement continuent d'afficher des taux de mortalité maternelle et infantile les plus inquiétants. Au niveau mondial, 99% de la mortalité maternelle et 98% des décès périnataux sont enregistrés dans les pays en développement et plus de la moitié des décès maternels se produit en ASS. Le ratio de la mortalité maternelle est estimé à 240 pour 100 000 naissances dans les pays en développement contre 16 pour 100 000 naissances dans les pays développés (OMS, 2006). Durant toute sa vie, une femme qui vit dans un pays en développement a un risque moyen de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement trois cents fois plus élevé qu'une femme qui vit dans un pays développé (UNICEF, 2008). Ces chiffres en disent long sur l'état des inégalités sociales, notamment devant la mort, entre les pays pauvres et les pays riches. Il faut également noter qu'à l'intérieur des pays, il existe des disparités entre les zones rurales et les zones urbaines et entre les populations riches et les populations pauvres.

De ce fait, malgré une avancée de la médecine à prévenir les décès maternels et néonataux imputables à la grossesse et à l'accouchement, beaucoup de pays d'ASS enregistrent des taux de mortalité maternelle<sup>6</sup> et néonatale<sup>7</sup> alarmants (OMS et al., 2011; UNICEF, 2008). En effet, l'ASS qui représente seulement 12% de la population mondiale (OMS, 2011) a les taux et le risque de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés au monde (OMS, 2006b). Chaque jour dans le continent, 700 femmes meurent de causes liées à la grossesse (Lawn & Kerber, 2006). Au cours de sa vie, une femme africaine a un risque de 1 sur 22 de décéder de causes attribuables à la grossesse et l'accouchement demeure la principale cause de mortalité des femmes de 15 à 19 ans (Africa Progress Panel, 2010; OMS et al., 2011).

---

<sup>6</sup> La mortalité maternelle est définie par l'OMS comme étant le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

<sup>7</sup> Selon l'OMS, la mortalité néonatale est le nombre de décès qui surviennent pendant les 28 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes dans une année ou une période donnée. Les décès néonataux peuvent être subdivisés en décès néonataux précoces, survenant pendant les sept premiers jours de vie, et les décès néonataux tardifs, survenant après le septième jour, mais avant les 28 jours de vie.

Chaque année, 1,6 million de bébés meurent durant le premier mois de vie et environ 1 million de bébés sont mort-nés (Lawn & Kerber, 2006). Un enfant qui naît en ASS a plus de risques d'avoir un problème de santé, de mourir ou de perdre sa mère durant l'accouchement qu'un enfant né dans un pays développé (OMS, 2006a; UNICEF, 2008). En plus, des millions de femmes et de nouveau-nés vivent avec des traumatismes, des maladies ou des handicaps liés à des complications survenues lors d'une grossesse ou d'un accouchement (Lawn & Kerber, 2006; UNICEF, 2008).

Le Burkina Faso n'échappe pas à cette tragique situation sanitaire et humanitaire. Avec un taux de fécondité de six enfants par femme (UNICEF, 2012), la mortalité maternelle y est très élevée. Le ratio est estimé à 341 pour 100 000 naissances en 2010 (INSD & ICF International, 2012). Dans le district sanitaire de Koudougou plus précisément, le taux de mortalité maternelle est de 307,3 pour 100 000 naissances (Direction régionale de la santé du Burkina Faso, 2012). Ce fort taux de mortalité maternelle est dû dans 80% des cas (UNICEF, 2012) à des causes directes qui englobent les facteurs obstétricaux, dont les hémorragies, les infections, la rétention placentaire, les ruptures utérines, les complications de l'avortement et les éclampsies (Africa Progress Panel, 2010; Sanon Ouédraogo, Ouédraogo, & Kouyaté, 2010). Outre ces causes directes, il existe des causes indirectes, notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le paludisme, l'anémie et les grossesses rapprochées (Banta, 2003; Bergsjø, 2001; Sanon Ouédraogo et al., 2010; UNICEF, 2012). Par ailleurs, ces forts taux de mortalité sont plus remarquables dans les zones rurales où les femmes et les nouveau-nés ont plus de risques de mourir ou d'avoir des complications liées à la grossesse (INSD & ICF International, 2012; UNICEF, 2012). Cela fait état des inégalités devant la mort au sein même du pays et des inégalités sociales, dont les femmes et les filles sont victimes. Certaines pratiques sociales et culturelles comme les mutilations génitales, les mariages précoces, les violences conjugales et la faible éducation des femmes ont des effets pathologiques sur la santé des futures mères (OMS, 2006a; UNICEF, 2008).

La santé maternelle est intimement liée à celle du nouveau-né, de ce fait la mortalité néonatale est très élevée au Burkina Faso. La quatrième Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) au Burkina Faso a révélé que sur 1000

naissances 65 nouveau-nés sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire, 28% de ces décès sont survenus durant le premier mois de la vie (INSD & ICF International, 2012). Dans le district sanitaire de Koudougou, la mortalité des enfants de moins de cinq ans est très importante, le taux a été estimé en 2006 à 142 pour 1000 naissances (Direction régionale de la santé du Burkina Faso, 2012). Les causes majeures des décès néonataux au Burkina Faso sont les infections, la prématurité, l'asphyxie et le tétanos néonatal (UNICEF, 2012) qui sont fortement liés à la santé de la mère et à la qualité des services obstétricaux offerts durant la grossesse et l'accouchement (Lawn & Kerber, 2006; UNICEF, 2008).

### **1.1.3 Des mortalités et morbidités évitables, mais qui persistent**

En regard de ces constats, les mortalités maternelle et néonatale demeurent des problèmes majeurs de santé publique au Burkina Faso. La mortalité maternelle entraîne des conséquences néfastes sur le développement économique et humain du pays. Sur le plan socio-économique, elle cause la baisse du revenu familial. Sur le plan sanitaire, elle conduit à une hausse de la mortalité infantile, freine le développement social des enfants et a des répercussions psychologiques sur l'ensemble de la famille (Sanon Ouédraogo et al., 2010). Or, plusieurs décès maternels et néonataux sont évitables par des interventions préventives et efficaces grâce à une couverture optimale des soins de SMNI (OMS, 2006a). La technologie et les connaissances pour réduire la mortalité maternelle et néonatale sont bien connues (Lawn & Kerber, 2006). De fait, 80% des décès maternels peuvent être évités par une couverture optimale des soins de santé primaires ou obstétricaux et 36% des décès néonataux pourraient être réduits par de meilleures pratiques de dépistage et de vaccination des mères, ainsi que des accouchements et des soins du cordon ombilical qui se font dans de bonnes conditions (UNICEF, 2008).

Bien que des progrès aient été observés entre 1970 et 1980 dans plusieurs pays de l'ASS pour réduire ces forts taux de mortalité, depuis les années 1990 ils ont été moindres, voire inexistantes (Lawn & Kerber, 2006). Certains facteurs, dont l'expansion du VIH, les conflits armés et les facteurs macroéconomiques instables sont désignés pour expliquer la difficulté qu'éprouvent les pays de l'ASS à diminuer la mortalité des mères et des nouveau-nés (Lawn & Kerber, 2006; OMS, 2006a). Outre ces facteurs systémiques, le système de santé

et leur faible utilisation<sup>8</sup> sont également reconnus comme étant des déterminants importants de la mortalité et de la morbidité des mères et des nouveau-nés (Africa Progress Panel, 2010). Au Burkina Faso, la qualité et la disponibilité des services de santé sont problématiques particulièrement dans les zones rurales et elles ont été identifiées comme entravant l'accès<sup>9</sup> à des soins obstétricaux essentiels (UNICEF, 2012), notamment pour les femmes les plus démunies. La faible utilisation des services de santé, particulièrement les services de SMNI, contribue au ralentissement des différentes actions visant à faire progresser les indicateurs de santé maternelle et néonatale. Ainsi, trois grands retards qui freinent la baisse de la mortalité maternelle ont été identifiés: (a) le retard pour décider de consulter les services de santé (b) le retard pour arriver à l'établissement de santé, et (c) le retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé (Sanon Ouédraogo et al., 2010; UNICEF, 2012). Ces retards seraient expliqués par diverses barrières culturelles, psychosociales, économiques, structurelles et politiques qui, dans la plupart encore méconnues, entravent l'accès effectif aux soins (Lerberghe & Brouwere, 2001; UNICEF, 2012).

Eu égard de ces constats, des études sont nécessaires afin de mieux comprendre les différents obstacles qui freinent la baisse de la mortalité maternelle et néonatale en particulier dans les zones rurales. À notre connaissance, les études qui portent sur les différentes barrières en ASS, dont celles qui entravent le recours aux services de SMNI, sont récentes et fragmentaires et peu d'études qualitatives ont été faites au Burkina Faso. En raison de cela, cette recherche s'intéresse aux motifs de non-recours aux services de soins prénatals chez les femmes vivant en milieu rural au Burkina Faso, afin de déceler les logiques qui sous-tendent le recours ou le non-recours au droit fondamental des femmes d'obtenir des soins de qualité pour leur santé.

---

<sup>8</sup> Dans cette recherche l'utilisation renvoie au fait ou à la façon dont les services de santé sont utilisés par les populations, elle correspond au recours effectif aux services de santé par les populations. Elle sera beaucoup plus élaborée dans le chapitre 2.

<sup>9</sup> Cette notion sera définie dans le chapitre 2.

## **1.2 Les soins prénatals : une des solutions en regard des forts taux de mortalité maternelle et néonatale**

Dans cette partie, nous discuterons de la définition et de l'importance des soins prénatals dans la diminution des mortalités et des morbidités des mères et des nouveau-nés et pour finir nous présenterons la situation actuelle de la couverture des soins prénatals et de la politique d'exemption adoptée dans le cadre des services de soins prénatals au Burkina Faso.

### **1.2.1 Les soins prénatals: définition et importance**

Les soins prénatals sont indispensables pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale en ASS et particulièrement au Burkina Faso. Ils se situent parmi les quatre piliers du programme de l'OMS «Pour une maternité sans risque», les trois autres mesures sont la planification familiale, l'accouchement dans de très bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux d'urgence (Bergsjø, 2001; OMS, 2006b). Les soins prénatals se définissent comme étant les interventions que la femme enceinte reçoit d'un professionnel de la santé (Banta, 2003). Ils sont apparus au début du XXe siècle en Europe et étaient destinés aux femmes démunies (Mathole, Lindmark, Majoko, & Ahlberg, 2004). Avec la professionnalisation des soins obstétricaux et l'amélioration de la santé maternelle et périnatale, ils sont devenus un pivot dans la prévention des complications liées à la grossesse et à l'accouchement (Mathole et al., 2004). En effet, ils permettent de promouvoir des comportements sains et des compétences parentales chez la femme, en plus de prévenir et traiter les complications obstétriques (Lawn & Kerber, 2006). Plusieurs études ont démontré que les soins prénatals constituent un soutien social et psychologique pour les femmes enceintes (Banta, 2003). Ils contribueraient à réduire la fréquence de la morbidité physique et la mortalité des mères et des nouveau-nés (Banta, 2003; Kisuule et al., 2013; Lawn & Kerber, 2006; UNICEF, 2008). Les soins offerts durant la grossesse sont le créneau pour maximiser le continuum des soins et ils sont la porte d'entrée au système de santé pour bon nombre de femmes africaines. Ils donnent l'occasion de promouvoir les avantages de l'accouchement assisté par un professionnel de la santé (B. Nikiema,



Beninguisse, & Haggerty, 2009) et d'encourager les femmes à recourir aux soins postnatals.

À la suite d'un long débat amorcé au début des années 1980 sur le rapport coût-efficacité des interventions données aux femmes durant la grossesse (Banta, 2003; Bergsjø, 2001; Lerberghe & Brouwere, 2001), l'OMS a développé un modèle simplifié de soins prénatals focalisés qui a pour objectif d'être efficace et à moindre coût (Banta, 2003). Ce modèle regroupe un ensemble d'au moins quatre consultations prénatales (CPN) avec une liste détaillée de toutes les interventions importantes et fondées sur des preuves (Annexe A) (Lawn & Kerber, 2006). La première CPN doit se faire durant les trois premiers mois de la grossesse avant la 14<sup>e</sup> semaine de gestation et la dernière CPN proche de la date prévue de l'accouchement (Kisuule et al., 2013; Lawn & Kerber, 2006). La première CPN permet de confirmer la grossesse avec la femme et d'évaluer le niveau de risque de la grossesse. Les trois autres suivis sont des rencontres de diagnostic, de dépistage de maladie existante, de prévention des complications et de promotion de la santé pour la future mère. Ce modèle est utilisé dans la plupart des pays africains notamment au Burkina Faso.

### **1.2.2 Une couverture des soins prénatals améliorée, mais insuffisante**

Selon l'EDSBF-MICS IV, au Burkina Faso la couverture des soins prénatals s'est améliorée durant ces dernières années passant de 59% en 1993 à 95% en 2010. Durant cette dernière année, neuf femmes sur dix ont reçu au moins une CPN de la part d'un prestataire de soins qualifié. Cette amélioration a touché particulièrement les milieux ruraux où les femmes étaient moins susceptibles d'utiliser les services de soins prénatals. Les données montrent que 94% des femmes vivant en milieu rural ont reçu des soins prénatals contre 99% de femmes vivant en milieu urbain (INSD & ICF International, 2012). Cependant, cette même enquête a révélé que les premières CPN se font tardivement à partir du sixième et septième mois de grossesse. Environ deux femmes sur cinq ont effectué leur première CPN au premier trimestre de la grossesse et seulement un tiers des femmes ont effectué les quatre CPN recommandées. Cette situation est plus remarquée dans les zones rurales où 31% des femmes ont effectué les quatre CPN recommandées contre 54% à Ouagadougou. La médiane de la première CPN se situe à 4,4 mois en milieu rural contre 3,9 mois en

milieu urbain et le suivi de la grossesse est moins fort en milieu rural (38%) qu'en milieu urbain (54%) (INSD & ICF International, 2012; UNICEF, 2012). Concernant le district sanitaire de Koudougou, le taux de CPN y est relativement satisfaisant, la couverture en CPN<sup>10</sup> a atteint 81,25% en 2012. Cependant, comme dans l'ensemble du pays les femmes commencent tardivement les soins prénatals, ce qui fait que le taux d'achèvement en CPN se situe à 35,35%. Ce même constat est noté dans la commune rurale de Kokologho où les taux de CPN demeurent très faibles (54,2%) et elles se font tardivement (Direction régionale de la santé du Burkina Faso, 2012).

Outre la sous-utilisation des soins prénatals par les femmes, la qualité des soins et les informations que les femmes reçoivent lors des visites prénatales demeurent insuffisantes. L'EDSBF-MICS IV a révélé que seulement 53% des femmes sont informées des signes de complication de leur grossesse durant les CPN. Ce chiffre démontre que la quasi-totalité des femmes n'a reçu aucun conseil sur les risques de leur grossesse. Par contre, la quasi-totalité des femmes au niveau national (peu de variation entre les zones urbaines et rurales) a affirmé avoir reçu des examens médicaux (e.g. : tension artérielle vérifiée, prélèvement d'urine) et des suppléments de fer. Le prélèvement sanguin a été l'acte le moins effectué (58%) surtout en milieu rural et peu de femmes ont également reçu un déparasitage intestinal (24%) (INSD & ICF International, 2012). Ces indications montrent en général une déficience de la qualité des soins offerts lors des CPN.

L'utilisation non optimale des soins prénatals au Burkina Faso, comporte différentes conséquences. D'abord, elle limite les différentes actions entreprises pour assurer le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et gêne considérablement le continuum des soins de SMNI. De plus, elle contribue au ralentissement du développement sanitaire et humanitaire du pays et limite le recours à l'accouchement médicalement assisté qui en 2010 se situait à 67% au niveau national et à 39% pour les femmes vivant en milieu rural (UNICEF, 2012). Enfin, l'utilisation non optimale des soins prénatals entrave la lutte contre le paludisme et le VIH.

---

<sup>10</sup> Il s'agit du nombre de femmes en grossesse ayant suivi deux CPN au cours d'une période donnée, rapporté en % au nombre total de grossesses attendues au cours de la période (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012).

### **1.2.3 La politique d'exemption du paiement des soins préventifs durant la grossesse au Burkina Faso**

Depuis l'annonce des OMD en 2000, la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile est devenue une priorité pour les pays africains. Les États, les organisations internationales et certaines organisations non gouvernementales s'attèlent à proposer des solutions pouvant améliorer l'accès aux services de SMNI et par conséquent pouvant diminuer les taux de mortalité maternelle et infantile avant 2015. C'est dans ce contexte, que les politiques d'exemption (totale ou catégorielle) du paiement direct des soins ont commencé à voir le jour dans plusieurs pays d'ASS. Au Burkina Faso, la politique vise essentiellement les femmes enceintes et les nouveau-nés. Concernant les soins prénatals, depuis 2002 l'État burkinabé avait décidé de rendre gratuits les soins préventifs pour les femmes enceintes de toute nationalité résidant dans le pays (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012; De Sardan & Ridde, 2012). Cette politique de gratuité «sélective» a été renforcée en 2009 par la prise en charge gratuite du paludisme grave chez les femmes enceintes (De Sardan & Ridde, 2012).

Il a été prévu, concernant la gestion du financement de cette politique d'exemption, qu'un transfert de fonds soit fait aux districts sanitaires bénéficiaires par la Direction des affaires administratives et financières sur proposition de la Direction de la santé de la famille. Chaque district sanitaire doit acheter les médicaments et consommables nécessaires pour les distribuer dans les formations sanitaires bénéficiaires, dont les Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) et les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012). Le principal résultat attendu de cette politique était l'amélioration de l'accès aux soins prénatals, cependant certaines études montrent que cette politique d'exemption, comme d'autres, manque d'effectivité dans sa mise en œuvre (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012; De Sardan & Ridde, 2012).

En principe, les soins préventifs durant la grossesse sont gratuits au Burkina Faso. Toutefois, cette notion de gratuité mériterait qu'on s'y attarde afin de mieux comprendre les

actes qu'elle regroupe. La politique de la gratuité des soins prénatals se traduit par le fait qu'une femme peut se présenter aux services de santé pour recevoir certains soins préventifs gratuitement qui sont : l'acte de consultation, le carnet de consultation, les comprimés de fer/acide folique, les comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine, les consommables de la consultation (gants, bandelette réactive), le dépistage du VIH chez la femme enceinte et la prophylaxie ARV et la prise en charge du paludisme grave de la femme enceinte (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012). Concernant l'acte de la prise en charge du paludisme grave de la femme enceinte, il n'existe aucun texte réglementaire pour orienter les professionnels de la santé. De ce fait, les agents de santé distribuent des moustiquaires imprégnés aux femmes enceintes qui viennent au premier trimestre pour leur première CPN (De Sardan & Ridde, 2012). Il est important de souligner que l'exemption des frais liée aux soins prénatals ne couvre pas les soins curatifs. Nous pouvons comprendre dans cette restriction que toute femme qui, en état de grossesse, a une maladie quelconque doit payer pour les médicaments et les soins pour sa santé. Les examens de laboratoire et d'imagerie ne font, également, pas partie de la subvention des soins prénatals.

Ces restrictions de la politique nous emmènent à nous questionner sur son effectivité et sa pertinence. Le fait que certains actes soient gratuits et que d'autres ne le soient pas peut-il être source d'exclusion de certaines femmes? Sachant également que la majorité des femmes au Burkina Faso sont analphabètes, ces restrictions de la politique sont-elles compréhensibles pour ces populations peu instruites? Ces questions nous poussent à nous intéresser davantage aux populations qui sont en non-recours aux soins prénatals. La compréhension de leurs motifs de non-recours pourra nous permettre de jeter un regard critique, entre autres, sur l'effet de ces politiques publiques sur l'utilisation des services de santé. Dans le but de mieux comprendre le non-recours aux soins prénatals, nous allons dans les lignes qui suivent présenter l'état des connaissances sur l'utilisation des services de soins prénatals en ASS et au Burkina Faso.

## **Chapitre 2 État des connaissances sur l'accès et l'utilisation des soins prénatals**

Dans ce deuxième chapitre, de prime abord nous présenterons les définitions des concepts d'utilisation et d'accès aux soins. Ensuite, nous identifierons les différents éléments répertoriés dans la recension des écrits scientifiques qui constituent des barrières ou des facteurs facilitants à l'accès aux soins prénatals en ASS. Nous concluons ce chapitre par une récapitulation de la pertinence sociale et scientifique de cette étude.

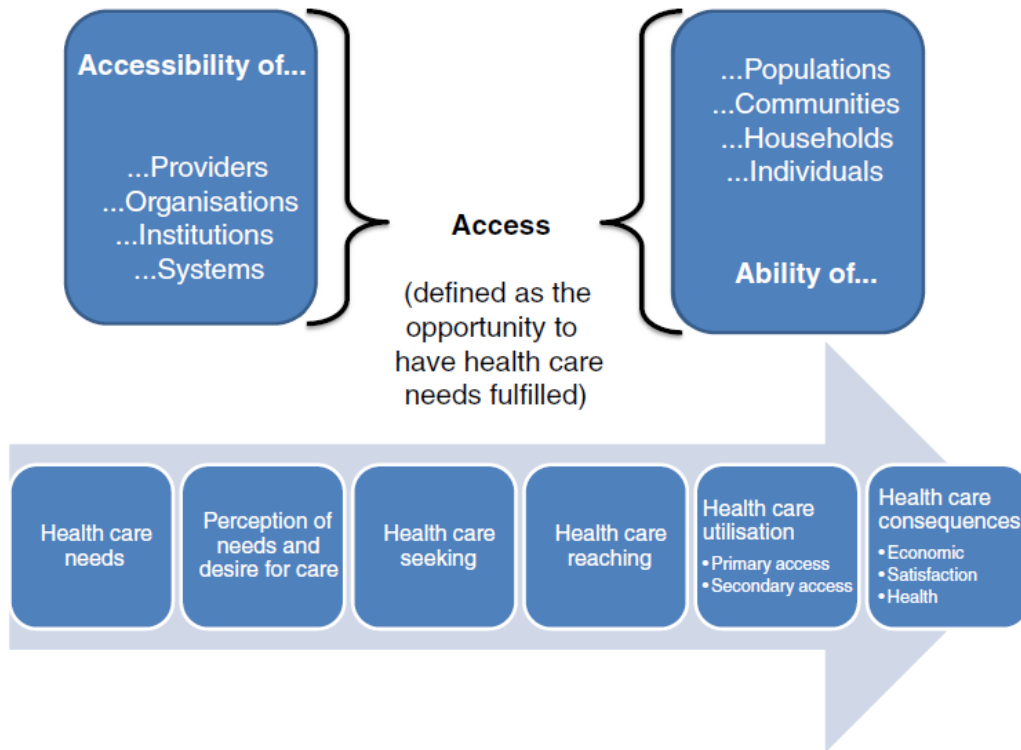
### **2.1 Utilisation et accès aux soins: définitions et enjeux**

L'accès aux soins est un déterminant de la santé, il est un des concepts utilisés pour évaluer la performance des services de santé à travers le monde (Levesque, Harris, & Russell, 2013). Les études portant sur l'accès aux services de santé se heurtent à la complexité de cette notion, car elle est polysémique (Levesque et al., 2013; Pascal, Abbey-Huguenin, & Lombrail, 2006). Généralement, l'accès aux soins est défini comme étant «l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé» (Lombrail, 2007, p. 23). L'accès est différent de l'utilisation dans le sens qu'il existe un «accès potentiel» qui peut être défini comme étant «la possibilité d'accéder aux soins» et un «accès réalisé» qui renvoie au recours effectif aux soins (Pascal et al., 2006).

L'accessibilité ou l'«accès potentiel» aux soins a été étudié selon différentes approches (Levesque et al., 2013). Elle peut se définir comme étant la facilité ou la difficulté d'utiliser les services en tenant compte des dimensions géographiques, organisationnelles, économiques et culturelles qui peuvent interférer avec l'utilisation des services de santé (Da Silva et al., 2011). L'accès aux soins peut être également schématisé tel que présenté dans la Figure 1 en se référant à l'étude de Levesque et al. (2013). Selon ces auteurs, l'accès aux soins peut être défini comme étant *«the possibility to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach the healthcare resources, to obtain or use health care*

services, and to actually be offered services appropriate to the needs for care» (Levesque et al., 2013, p. 4).

**Figure 1 : Définition de l'accès aux services de santé**



Source : (Levesque et al., 2013, p. 4)

L'accès aux soins est alors un processus qui dépend non seulement de la nature de l'offre (caractéristiques du système de santé, de son organisation et des professionnels de la santé) et de la demande (caractéristiques des personnes, des ménages et de leur environnement physique et social), mais aussi de la perception du besoin de soins par l'individu, allant du besoin de soins à la demande de soins jusqu'à leur réception (Levesque et al., 2013; Lombrail, 2007). Poursuivant cette réflexion, il est indéniable que la notion d'accessibilité ou d'«accès potentiel» ne permet pas à elle seule de percevoir l'utilisation effective des services de santé, dans le sens où l'utilisation regroupe plusieurs autres dimensions, notamment la continuité, la globalité et la réactivité du système de soins (Da Silva et al., 2011). Selon Lombrail (2007), il existe deux types d'accès qui sont : «l'accès primaire» qui renvoie à l'entrée dans le système de soins et «l'accès secondaire» qui correspond à «la

manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact, depuis l'identification du besoin de soins jusqu'à la délivrance du (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires) soin(s) nécessaires» (p. 23). Conséquemment, l'«accès secondaire» permet de percevoir la qualité des soins offerts de même que leur pertinence (Lombrail, 2007).

Ces différentes définitions supposent, en effet, que le recours effectif aux soins n'est pas uniquement un choix intentionnel, mais sujet d'influences internes ou externes à l'individu. Selon Andersen et Aday (1978) cité dans Pascal et al. (2006), l'utilisation des soins de santé est influencée par les «déterminants sociétaux», les «caractéristiques du système de soins» et les «déterminants individuels». Les «déterminants individuels» regroupent : la perception de l'état de santé; les facteurs prédisposant tels que les caractéristiques sociodémographiques, les facteurs liés aux valeurs et croyances; et les facteurs favorisant qui se traduisent par la capacité de se procurer des services de soins en fonction du besoin tels que le revenu, la scolarité, la protection sociale, la source régulière de soins. Ces influences sur l'accès aux soins dévoilent que les individus, de même que les populations, ne peuvent ni utiliser ni avoir accès aux services de santé de la même manière. Par conséquent, s'intéresser à l'utilisation des services de santé ouvre la voie à étudier les inégalités d'accès aux services de soins qui émanent souvent des inégalités sociales entre les individus ou les communautés (Jusot, 2013), mais également du système de soins (Pascal et al., 2006). Pour éviter les disparités d'accès aux soins, il faudrait une équité d'accès qui se traduise par le fait «que des individus qui présentent des besoins de soins égaux doivent recevoir des soins similaires et que toute différence en fonction d'une autre caractéristique individuelle, quelle qu'elle soit, ne peut être tolérée» (Jusot, 2013, p. S164). Par contre, on ne peut considérer toute différenciation d'accès aux soins comme découlant d'inégalités, car la préférence des personnes en matière de santé et de soins est à considérer. À titre d'exemple, pour un même besoin de santé exprimé par deux personnes, une pourrait juger nécessaire de recourir aux soins alors que l'autre pourrait faire le choix de ne pas recourir aux soins. Ces deux choix résultent de la liberté individuelle de chaque personne de recourir ou non aux services de santé (Jusot, 2013).

Tout compte fait, il est établi que l'accès aux services de santé est un processus qui dépend à la fois de plusieurs déterminants individuels, cognitifs, environnementaux et socioculturels (Pascal et al., 2006). L'accès aux soins n'est pas obligatoire pour toute personne déclarant un besoin de soins, il incombe à tout un chacun de choisir librement de recourir ou non, lors d'un besoin de soins identifié et interprété, aux services de santé. De ce fait, étudier l'accès aux soins fait appel à une conscientisation sur le fait réel des inégalités d'accès qui peuvent découler non seulement des situations socio-économiques des personnes ou des populations, mais également du système de soins et de son organisation (Jusot, 2013; Lombrail & Pascal, 2005; Pascal et al., 2006). C'est dans ce sens qu'il est fondamental dans une perspective de recherche scientifique de s'intéresser aux populations qui sont à l'écart du système de soins, dont celles qui sont en non-recours aux soins pour différents motifs.

## **2.2 Les facteurs associés à l'utilisation des soins prénatals en ASS et au Burkina Faso**

Dans ce chapitre, nous identifierons les différents éléments retrouvés dans la littérature scientifique portant sur l'utilisation des services de soins prénatals au Burkina Faso. La recension des écrits a été faite sur l'utilisation ou l'accès aux services de soins prénatals au détriment du non-recours aux soins prénatals qui est le sujet à l'étude en raison du manque flagrant d'études sur ce thème précis en ASS. Nonobstant, nous estimons que la connaissance des facteurs et processus modulant l'accès aux soins prénatals permet de percevoir certaines raisons pouvant influencer le choix de recourir ou de ne pas recourir aux services de santé durant la grossesse.

### **2.2.1 Méthodes de la recension des écrits**

Différents modèles conceptuels et théoriques ont été développées pour comprendre les mécanismes d'utilisation des services de santé dans les pays occidentaux, toutefois, il faut juger d'une grande prudence de leur utilisation dans les pays en développement (Fournier & Haddad, 1995; Kroeger, 1983). Cela peut s'expliquer par deux éléments qui sont



particuliers aux pays en développement. D'une part, il y a un «enchevêtrement complexe des systèmes et de sous-systèmes médicaux» qui s'opposent à «l'homogénéité» des systèmes médicaux dans les pays occidentaux; d'autre part, il existe une utilisation diversifiée des services de soins qui est due à l'offre plurielle de soins et à une «relative indépendance des utilisateurs» dans le choix des prestataires (Fournier & Haddad, 1995, p. 292). Pour ce faire, nous avons effectué la recension des écrits en nous basant essentiellement sur les écrits scientifiques effectués dans les pays d'ASS qui portent essentiellement sur l'utilisation des services de soins prénatals.

En ASS, plusieurs études ont été faites sur l'utilisation des services de santé, cependant les études portant sur l'utilisation des services de santé reproductive sont fragmentaires et beaucoup moins nombreuses. Par conséquent, l'exploration de la littérature et le choix des articles ont été faits selon quelques critères d'inclusion. Premièrement, les études devaient être produites dans l'intervalle de dix ans ce qui fait que nous avons couvert les articles qui dataient de 2003 à 2013. Cependant, si nécessaire pour la compréhension du sujet d'étude, nous avons consulté certains articles phares qui dataient de plus de dix ans. Le deuxième critère était la langue de publication, il n'a été retenu que les études publiées en français et en anglais. Le troisième critère portait sur la limitation géographique, nous n'avons retenu que les études réalisées en ASS et au Burkina Faso. Étant donné que les études recensées en ASS étaient souvent fragmentaires en termes de contenu, nous avons inclus dans la recension d'écrits une revue systématique (Simkhada, Teijlingen, Porter, & Simkhada, 2008) et une méta-synthèse (Finlayson & Downe, 2013) qui portent sur l'utilisation des services de soins prénatals dans les pays en développement. En général, la sélection des articles s'est faite en nous appuyant sur les titres et les résumés des études recensées. Également, certains articles ont été sélectionnés en nous basant sur le cadre d'analyse, présenté au paragraphe suivant, établi pour cette recension d'écrits. Nous n'avons pas discriminé les articles selon la méthodologie utilisée ou la robustesse de la méthodologie. Nous avons inclus autant les études qualitatives que celles quantitatives. Nous avons exclu les articles qui traitaient exclusivement des interventions, de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant durant la grossesse, au recours à l'accouchement

assisté ou au recours aux soins postnatals. Il est à noter que certains articles sélectionnés traitent plus d'un thème à la fois.

L'analyse et la synthèse des articles ont été réalisées en nous appuyant sur le cadre conceptuel proposé par Kroeger (1983) sur l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. Ce cadre propose en trois grandes catégories les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. La première catégorie regroupe les caractéristiques des sujets qui sont : l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le statut dans le ménage, la taille du ménage, l'ethnie et la religion, le degré d'adaptation culturelle, l'éducation formelle, la profession, les actifs (les terres, le bétail, le revenu), les innovateurs, l'interaction avec la famille et le réseau social. La deuxième catégorie concerne les caractéristiques de la maladie et les perceptions qu'en ont les patients. Elle regroupe : la sévérité du problème de santé (chronique ou aiguë), la durée de la symptomatologie (grave ou futile), l'étiologie (naturelle ou surnaturelle), l'efficacité des thérapeutiques envisagées (moderne vs traditionnelle) et la nature du problème de santé (psychosomatique ou somatique). Et, la troisième catégorie regroupe les caractéristiques des services offerts (les facteurs facilitants à l'utilisation des services de santé). Elle réfère à l'accessibilité géographique, aux opinions et attitudes envers les guérisseurs traditionnels et modernes, l'acceptabilité, la qualité des services, la communication entre «soignants-soignés» et les coûts d'utilisation. Nous nous sommes référés à ces trois catégories pour synthétiser les différentes données retrouvées dans la littérature scientifique. Nous avons adapté chaque catégorie aux différents éléments propres à la grossesse et aux soins prénatals en ASS en nous appuyant essentiellement sur les études recensées dans le cadre de cette recherche.

### **2.2.2 Les caractéristiques individuelles**

Dans cette partie, nous traiterons deux aspects des caractéristiques individuelles des usagères des services de santé: les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques socio-économiques.

- **Les caractéristiques sociodémographiques**

Plusieurs études se sont penchées sur les caractéristiques sociodémographiques pour expliquer l'utilisation des services de soins prénatals dans les pays en développement. L'éducation de la femme et du mari, la parité atteinte, le lieu de résidence, l'intervalle des naissances, la taille de la famille, l'âge de la femme à la grossesse, le statut matrimonial, la religion et l'ethnie sont identifiés dans différentes études comme étant associés à l'utilisation des soins prénatals (Ali, Osman, Abbaker, & Adam, 2010; De Allegri et al., 2011; Kisuule et al., 2013; Mathole et al., 2004; B. Nikiema et al., 2009; Rwenge & Tchamgoue-Nguemaleu, 2011; Simkhada et al., 2008; Tann et al., 2007).

Selon une revue systématique sur l'utilisation des soins prénatals dans les pays en développement, l'éducation de la mère est le facteur le plus consistant pour expliquer l'utilisation des soins prénatals (Simkhada et al., 2008). Les femmes qui sont scolarisées et celles dont leur mari est scolarisé sont plus susceptibles d'utiliser les services de soins prénatals (Kisuule et al., 2013; Simkhada et al., 2008). L'étude de Tann et al. (2007) réalisée dans une zone semi-urbaine en Ouganda montre, en effet, que les femmes qui ont un faible niveau d'éducation ont plus de difficulté à avoir accès à des soins prénatals, d'accouchement et postnatals de qualité. Selon certaines études qualitatives réalisées dans les pays en développement, cela s'explique par le fait que les femmes éduquées comprennent davantage l'importance des CPN (Simkhada et al., 2008). Par ailleurs, il faut souligner que l'éducation interfère souvent avec le revenu, car les femmes et les hommes les moins scolarisés sont souvent les plus démunis (Fournier & Haddad, 1995). De plus, les femmes les plus scolarisées vivent le plus souvent dans les milieux urbains. Ainsi, le lien entre le niveau d'éducation et le recours aux soins permet de s'interroger sur les difficultés d'accès aux services de santé par les femmes peu scolarisées en ASS.

L'âge de la femme à la grossesse est aussi un déterminant de l'utilisation des services de soins prénatals, mais il est généralement confondu avec d'autres caractéristiques individuelles (Magadi, Agwanda, & Obare, 2007), dont l'effet de la parité (Simkhada et al., 2008). En effet, les femmes qui ont beaucoup d'enfants ont tendance à ne pas recourir aux services de santé durant la grossesse parce qu'elles se perçoivent plus expérimentées et plus

confiantes que celles qui sont à leur première grossesse (Ali et al., 2010; Mathole et al., 2004). Quoi qu'il en soit, selon l'étude de Magadi et al. (2007) qui s'est basée sur les Enquêtes démographiques et de Santé (EDS) de 21 pays de l'ASS, les adolescentes et les femmes âgées de moins de 20 ans ont plus de risques que les femmes les plus âgées de faire leur première CPN tardivement ou de ne pas compléter les quatre CPN requises. Ce résultat est corroboré par une autre étude faite en Namibie, où il a été trouvé que l'accès aux soins prénatals était significativement moins probable pour les femmes âgées de 15 à 24 ans que pour les femmes âgées de 35 ans et plus (Namasivayam, Osuorah, Syed, & Antai, 2012). Les adolescentes vivant en milieu rural et celles en état de grossesse sans être mariées sont plus à risque de ne pas recourir adéquatement aux services de santé. Avec le poids des croyances culturelles et religieuses en ASS selon lesquelles une femme ne peut pas être mère sans être mariée, les mères célibataires vivent l'exclusion, la stigmatisation et elles éprouvent de la gêne à recourir aux services de soins de SMNI (Faye, 2008; Ouattara, Bationo, & Gruénais, 2009). Selon Ouattara et al. (2009), le système de santé reproductive au Burkina Faso serait un lieu de domination masculine où les mères célibataires sont exclues et stigmatisées à travers les discours des professionnels de la santé qui mettent en exergue les normes du mariage et l'importance du mari. De ce fait, les mères célibataires et les adolescentes ne recourent pas ou inadéquatement aux soins prénatals par peur d'être stigmatisées par les professionnels de la santé ou par les autres femmes de leur communauté.

Concernant la religion et l'ethnie, plusieurs études présentent des divergences sur leur lien avec l'utilisation des soins prénatals (Simkhada et al., 2008). Certaines études quantitatives (De Allegri et al., 2011; Rwenge & Tchamgoue-Nguemaleu, 2011) ont démontré que l'utilisation des services de santé maternelle diffère selon l'appartenance à une religion ou à une ethnie donnée. Cependant, ces études ont suggéré de faire d'autres recherches qualitatives afin de mieux comprendre les mécanismes par lesquels ces deux facteurs influencent la décision des femmes à utiliser les services de santé durant la grossesse. Ainsi, nous estimons que la religion et l'ethnie relèvent de l'ordre culturel et social et doivent être perçues à travers les interprétations fondamentales données à la grossesse et à la naissance par les populations.

Enfin, le lieu d'habitation est un facteur important pour déterminer l'accès aux soins. À cet égard, Ridde et al. (2004) ont étudié les inégalités d'accès aux soins dans différents milieux urbains, semi-urbains et ruraux au Burkina Faso et ils ont trouvé que les personnes qui vivent dans les zones rurales utilisent peu les services de santé. De plus, les populations rurales sont plus pauvres que celles urbaines et l'offre des services de soins est plus diversifiée en zone urbaine qu'en zone rurale. Dans une autre étude effectuée au Soudan (Ali et al., 2010), les femmes qui n'utilisent pas les soins prénatals sont celles qui ont moins d'éducation et qui vivent dans les zones rurales. Cependant, cette étude n'a pas trouvé de relation significative entre le lieu de résidence et l'utilisation inadéquate des soins prénatals.

- **Le revenu et l'accès aux services de soins**

La relation entre le revenu et l'utilisation des services de santé a été largement étudiée dans les pays en développement. Plusieurs études ont démontré que le revenu de la famille est un déterminant majeur dans le processus de décision d'utiliser les soins prénatals. Le coût des soins et les faibles capacités financières des femmes et de leurs familles sont en général désignés comme limitant l'accès aux services de santé modernes dans les pays en développement (Ridde et al., 2004). Avec l'implantation des paiements directs dans les services préventifs et curatifs du secteur public en ASS, le coût des soins est devenu source d'exclusion des gens les plus pauvres et plus particulièrement des femmes des milieux ruraux (Ridde, 2004). Il a été établi qu'au Burkina Faso après l'utilisation de la médecine traditionnelle, le manque de ressource financière est la deuxième explication du non-recours aux soins (Banque mondiale, 2003 cité dans Ridde, 2004). En effet, les femmes ont généralement recours à la médecine traditionnelle pour son accessibilité économique, géographique et culturelle (Beninguisse, Nikiéma, Fournier, & Haddad, 2004; Faye, 2008; Mathole et al., 2004). Plusieurs autres études ont révélé que l'appartenance à un ménage riche influence positivement l'utilisation des services de santé et des soins prénatals (Ridde et al., 2004).

Cependant, De Allegri et al. (2011) ont montré dans leur étude une relation négative entre le revenu de la famille et l'utilisation des soins prénatals dans le district sanitaire de Nouna

au Burkina Faso. Selon cette étude, les femmes des ménages les plus aisés seraient moins disposées à utiliser les services de soins prénatals que les femmes des ménages pauvres. L'explication plausible avancée par ces auteurs est l'exemption des frais de santé en vigueur dans ce district sanitaire qui aurait encouragé les femmes des ménages pauvres à utiliser beaucoup plus les services de soins prénatals. L'augmentation accrue de la fréquentation des services de soins prénatals, dont les longues heures d'attente qu'elle engendre, pourraient dissuader les femmes des ménages plus aisés à recourir aux CPN. D'autres études soutiennent que l'exemption des frais de santé pour les populations les plus pauvres augmenterait l'utilisation des services de santé dans les pays de l'ASS (Ridde et al., 2010).

De plus, dans ces contextes où la pauvreté touche beaucoup plus les femmes, le mari est souvent le principal pourvoyeur du ménage. Les femmes doivent alors négocier avec leur mari pour payer les coûts directs ou indirects des soins prénatals, mais ces négociations s'avèrent parfois difficiles (Finlayson & Downe, 2013). Par ailleurs, l'étude de Fromageot et al. (2005) a pu montrer avec l'exemple des populations rurales sénoufo que l'accroissement des ressources financières des femmes ne signifie pas nécessairement une utilisation accrue des services de santé par cette population. En effet, cette étude a révélé que l'autonomie financière que procure le maraichage aux femmes ne crée pas obligatoirement une autonomie d'accès, autrement dit elle ne réduit pas les distances spatiales et sociales aux structures de soins. Les femmes investissent alors dans les soins de leurs enfants et prennent en charge certaines dépenses qui étaient de la responsabilité du chef de famille. Leur recours aux soins serait ainsi déterminé selon leur position sociale et aucunement par leur autonomie financière (Faye, 2008).

### **2.2.3 Les caractéristiques des services de santé**

Dans ces caractéristiques, nous avons relevé l'accessibilité géographique et économique des services et la qualité des services de santé et leur perception par les usagères.

- **L'accessibilité géographique et économique**

Plusieurs études ont mentionné que l'accessibilité géographique et financière des services de santé est un déterminant important de l'utilisation des soins prénatals (Beninguisse & De Brouwere, 2004; Beninguisse et al., 2004; De Allegri et al., 2011; Mubyazi et al., 2010; Simkhada et al., 2008).

Les distances géographiques constituent une barrière consistante à l'utilisation des services de soins prénatals pour les femmes africaines, surtout dans les zones rurales. Les longues distances pour arriver à un service de santé, les faibles qualités des infrastructures routières et l'insuffisance des moyens de transport entravent l'accessibilité aux services de soins prénatals. En effet, il a été trouvé que les femmes en ASS manquent de temps pour faire de longs déplacements compte tenu de leurs tâches quotidiennes et elles n'ont pas de transport personnel (Fromageot et al., 2005). Des études qualitatives ont également révélé que les transports inconfortables et la mauvaise qualité des routes entravent l'accès aux services de santé (Finlayson & Downe, 2013; Mathole et al., 2004; Simkhada et al., 2008). En Tanzanie, Mubyazi et al. (2010) ont montré dans leur étude que les femmes qui vivent dans les zones rurales ont plus de difficulté avec le transport que les femmes qui vivent dans les zones urbaines. La pénurie de transport public, le coût élevé des transports ainsi que la mauvaise qualité des routes surtout durant la saison des pluies contribuent à décourager les femmes à utiliser les services de soins prénatals.

À cela s'ajoutent les problèmes d'accessibilité financière des services de santé qui restent des déterminants majeurs de l'utilisation des services de soins prénatals. Bien qu'il existe des exemptions des frais d'utilisation des services de santé dans la plupart des pays de l'ASS, il en résulte que les coûts relatifs aux soins restent toujours problématiques pour les usagères. Certaines études ont montré que l'exemption des frais de santé n'est pas toujours respectée par les formations sanitaires (Mubyazi et al., 2010). Et cela, même dans les pays qui offrent un accès gratuit aux services de soins prénatals, les femmes continuent à assumer des frais de médicaments, de tests et de cartes médicales qui leur donnent accès aux services de SMNI (Finlayson & Downe, 2013; Mubyazi et al., 2010). De plus, hormis les frais directs, dont l'ensemble des coûts relatifs aux soins incluant souvent des

consommables tels que les gants ou fils, les femmes doivent assumer d'autres frais indirects liés aux soins notamment les coûts du transport et de l'alimentation, le temps investi pour se rendre aux formations sanitaires et le paiement de frais additionnels ou de pénalités à la formation sanitaire (e.g.: le fait de payer une pénalité à l'agent de santé pour cause de retard au rendez-vous) (Finlayson & Downe, 2013; Mubyazi et al., 2010; Ouattara et al., 2009).

- **La qualité des services de soins et leur perception par les usagères**

La qualité des services dans le domaine de la santé reproductive intègre d'une part la perspective des prestataires et d'autre part la perspective des clients.

Dans la perspective des prestataires, la qualité réfère à «des prestations de soins sûrs et efficaces ainsi que les ressources et l'organisation qui la détermine» (Beninguisse et al., 2004, p. 246). Plusieurs études ont montré que les mauvaises relations entre les professionnels de la santé et les usagères des services et les attitudes grossières et froides des professionnels de la santé entravent le recours effectif aux soins prénatals (Beninguisse & De Brouwere, 2004; Beninguisse et al., 2004; Conrad et al., 2012; Finlayson & Downe, 2013; Kisuule et al., 2013; Mathole et al., 2004; Moussa, 2003; Mubyazi et al., 2010; Ridde, 2004). En effet, la qualité des services est négative au sens de l'accueil, de la communication (dont les violences verbales ou physiques et l'absence d'écoute des patients) et de la confidentialité. Il faut souligner que «la violence altère amplement les rapports entre le corps médical et le monde des usagers : les patients et souvent même leurs accompagnantes» (Moussa, 2003, p. 12). En conséquence, les mauvais traitements des patients sont souvent avancés, dans différentes études, par les femmes comme étant une barrière considérable à l'accès aux services de santé. Une femme enceinte en Tanzanie raconte les mauvais traitements qu'elle et d'autres patientes peuvent subir dans les formations sanitaires en ces termes : "If you arrive late at the clinic, the staff rebukes and punishes you with a fine or they order you to clean the floor or sweep the surroundings" (Mubyazi et al., 2010, p. 8). D'autres formes de sanction ont été observées dans une autre étude effectuée en Tanzanie (Gross, Armstrong Schellenberg, Kessy, Pfeiffer, & Obrist, 2011) où certaines femmes enceintes n'ont pas été examinées par le professionnel de la santé à cause de leur désobéissance aux règlements de l'établissement de santé. À cela,



s'ajoutent les longues files d'attente qui contribuent à décourager les femmes qui souvent ont parcouru des kilomètres pour arriver dans les formations sanitaires (Beninguisse et al., 2004; Moussa, 2003; Mubyazi et al., 2010).

De plus, certaines études ont révélé que les professionnels des soins prénatals ne donnent pas suffisamment d'informations sur les différentes interventions. Ce constat a été relevé au Burkina Faso par l'EDSBF-MICS IV (INSD & ICF International, 2012) présentée dans le chapitre précédent. En effet, les femmes ne reçoivent pas de la part des professionnels des informations suffisantes sur la médication, sur l'importance et la nécessité des CPN pour leur santé et celle du fœtus et sur les complications obstétriques qui peuvent survenir durant la grossesse (Conrad et al., 2012; Kisuule et al., 2013; B. Nikiema et al., 2009; L. Nikiema, Kameli, Capon, Sondo, & Martin-Prevel, 2010). Le manque de ressources matérielles, notamment le manque de médicaments et de ressources humaines constitue également une barrière consistante à l'accès et à la continuité des soins prénatals (Conrad et al., 2012; Gross et al., 2011). Toutefois, l'influence de l'organisation structurelle du système de santé sur la qualité des services en ASS est aussi déterminante dans la relation «soignant-soigné». Les professionnels de la santé en ASS travaillent souvent dans des conditions difficiles liées à la charge de travail, au manque de matériels et aux salaires insuffisants (Moussa, 2003), ces facteurs influencent négativement la qualité des services offerts.

Dans la perspective des utilisatrices des soins, la qualité des services est évaluée à travers leurs attentes et leurs préférences (Beninguisse et al., 2004). Les croyances culturelles et les perceptions du système biomédical par les femmes constituent une voie d'explication au recours et au non-recours aux soins prénatals. Beninguisse et al. (2004) ont mentionné dans leurs études que l'accessibilité culturelle est l'indicateur qui évalue la qualité des services et des soins, dans la perspective des utilisatrices. En effet, les différentes croyances liées à la grossesse conditionnent le choix des femmes à recourir ou à ne pas recourir aux services de santé biomédicaux. Ainsi, nous allons dans les lignes qui suivent déceler certaines croyances et pratiques culturelles liées à la grossesse et leur influence sur le recours aux soins prénatals.

#### **2.2.4 Les croyances et pratiques culturelles autour de la grossesse**

Les croyances culturelles concernant la grossesse et l'accouchement sont d'une grande importance pour comprendre le recours aux soins prénatals dans les pays d'ASS. Dans une région où se chevauchent modernité et tradition, le recours aux soins prénatals est fortement conditionné par les croyances et pratiques relatives à la grossesse et à l'accouchement.

Dans plusieurs ethnies en ASS, la grossesse est perçue comme un état naturel dans le cycle de la vie et non comme une maladie (Beninguisse et al., 2004; Finlayson & Downe, 2013; Mathole et al., 2004). Cette perception de la grossesse entrave le recours aux services biomédicaux. Certaines femmes qui n'ont remarqué aucun dysfonctionnement durant leur grossesse ne considèrent pas nécessaire de recourir aux services de santé (Finlayson & Downe, 2013; Kisuule et al., 2013). De plus, dans le contexte africain, la grossesse relève non seulement du naturel, mais aussi du surnaturel. Dans le but de préserver le fœtus contre les attaques surnaturelles, la grossesse doit être gardée secrète durant les premiers mois (Beninguisse et al., 2004; Mathole et al., 2004). Cet aspect culturel de la grossesse est fortifié par les croyances liées à la sorcellerie et par le fait que la grossesse est incertaine étant donné que la femme se base généralement sur des présomptions pour détecter son état (Beninguisse & De Brouwere, 2004; Beninguisse et al., 2004). Par conséquent, dans certaines études effectuées au Cameroun et au Burkina Faso, les femmes perçoivent les services de santé comme étant «indiscrets» à cause de leur caractère collectif. Ainsi, elles préfèrent recourir à la médecine traditionnelle où elles ont plus d'intimité et où elles peuvent avoir également la prise en charge des rituels de protection et de purification (Beninguisse et al., 2004). Le souci de garder secrète la grossesse est un obstacle au recours aux soins prénatals durant les trois premiers mois de grossesse comme recommandé.

Par ailleurs, certaines caractéristiques du système de santé, dont la présence des hommes dans les services de SMNI, en outre de leur caractère collectif, ne sont pas bien perçues par les femmes (Beninguisse & De Brouwere, 2004; Beninguisse et al., 2004). En effet, la grossesse et l'accouchement sont considérés comme étant des événements privés qui relèvent exclusivement du domaine féminin. La présence de professionnels de la santé

masculins dans les services de santé reproductive gênerait l'accès aux soins prénatals (Beninguisse et al., 2004).

Dans certains groupes culturels, il a été observé que la femme enceinte doit respecter une panoplie d'interdits et de prescriptions alimentaires et comportementaux. Ces interdits qui ont des significations symboliques ont pour but de garantir une issue favorable à la grossesse et au devenir de l'enfant (Beninguisse et al., 2004). Même si ces pratiques culturelles ont un sens négatif pour la médecine occidentale, elles donnent aux femmes une satisfaction sociale et psychologique. Peu d'études (Beninguisse & De Brouwere, 2004; Beninguisse et al., 2004) répertoriées dans la recension des écrits portent sur ces interdits alimentaires et comportementaux en ASS qui pourraient influencer le choix des femmes à recourir ou ne pas recourir aux soins prénatals. Sur cette lancée, d'autres études ont montré que dans certaines sociétés hiérarchiques la décision de recourir aux services de soins prénatals requiert l'autorisation des sages de la tribu, du mari, de la belle-mère ou de l'ainé de la famille (Finlayson & Downe, 2013). Par conséquent, les femmes n'ont pas toujours le pouvoir de décider pour elles-mêmes concernant leurs soins durant la grossesse.

Certaines préférences et attentes des usagères mettent en évidence, au-delà des croyances et pratiques culturelles entourant la grossesse, les représentations sociales des identités sexuelles qui sont à la base des inégalités sociales de santé. Par le fait même, il est impératif de comprendre le rôle des inégalités de genre dans l'explication de l'utilisation et de l'accès aux services de santé par les femmes en ASS. À ce propos, Namasivayam et al. (2012) ont enquêté sur l'association entre l'accès aux services de santé reproductive par les femmes et les inégalités de genre à trois niveaux dont individuel, relationnel et social en ASS et en Asie du Sud. Leur étude a révélé que les inégalités de genre liées à la polygamie, la violence conjugale, l'âge au premier mariage ( $\leq 19$  ans), le fait que la femme soit moins éduquée que son partenaire sont des prédicteurs significatifs de l'accès aux soins de santé reproductive. Selon ces auteurs, les systèmes de valeur de type patriarcal qui sont souvent discriminatoires placent les femmes et les jeunes filles dans des positions inférieures aux hommes et aux garçons. De ce fait, les femmes éprouvent des difficultés à recourir adéquatement aux services de santé et plus particulièrement aux soins prénatals.

L'utilisation des services de santé reproductive met en évidence les inégalités de genre qui subsistent dans des milieux et des contextes sociaux, culturels et politiques différents.

En résumé, il est essentiel que d'autres études puissent être faites à ce niveau afin de mieux comprendre les pratiques et croyances culturelles qui changent d'un contexte à un autre. Actuellement, il existe peu d'études sur l'aspect culturel entourant la grossesse et l'accouchement en ASS (OMS, 2006b), alors que ces recherches pourraient permettre une meilleure connaissance de certaines barrières parfois imperceptibles, mais qui sont néanmoins des motifs de non-recours aux services de soins prénatals.

### **2.3 Pertinence sociale et scientifique de l'étude : récapitulation**

À la lumière de notre revue de littérature, il s'est avéré que le non-recours aux services de soins prénatals est un problème crucial de santé publique, il est un des déterminants des forts taux de mortalité maternelle et néonatale en ASS et au Burkina Faso. Il demeure toutefois peu documenté. En effet nous avons trouvé une littérature axée sur l'utilisation des services de soins prénatals en ASS. Ces études ont identifié différents facteurs concernant les usagères du système de soins ainsi que les coutumes des communautés qui ont des effets sur l'utilisation et l'accès aux services de soins prénatals en ASS. Il semble que dans les pays de l'ASS où persistent des croyances et pratiques culturelles entourant la grossesse et l'accouchement, la prise en charge de la grossesse par le système biomédical serait inadéquate selon la perception des femmes et des communautés. Cet aspect mériterait d'être creusé davantage dans le contexte du Burkina Faso. Certaines caractéristiques du système de soins, notamment leur accessibilité géographique et économique, ainsi que la qualité des soins tant dans les relations «soignant-soigné» que dans la qualité des soins offerts, influenceraient sur la demande et la continuité des soins prénatals.

Il s'est révélé que la majorité des études recensées qui portent sur l'utilisation des soins prénatals en ASS sont de nature quantitative; quelques études ont traité de manière qualitative l'utilisation des services de soins prénatals dans la vision des femmes; et très peu de recherches ont été conduites au Burkina Faso (Beninguisse et al., 2004; De Allegri et al., 2011; L. Nikiema et al., 2010; Ouattara et al., 2009). Eu égard à ces différents

constats, il nous apparaît nécessaire de mener des études qualitatives portant sur l'utilisation des services de soins prénatals au Burkina Faso, orientées vers les expériences des femmes pour mieux comprendre les processus et mécanismes sous-jacents le recours ou le non-recours aux services publics de santé. Considérant les taux élevés de mortalité maternelle et de non recours aux soins prénatals au Burkina Faso, il s'avère essentiel de documenter en profondeur les motifs des réticences des femmes d'y recourir. Une telle étude permettrait de déceler des lacunes dans la promotion de la santé reproductive.

Notre étude est novatrice dans le champ de la recherche sur l'utilisation des services de santé en ASS, car elle vise à comprendre la perspective des non-utilisatrices des services de santé. En effet, dans la plupart des études consultées, l'échantillon est constitué généralement de femmes qui ont eu recours aux services de soins prénatals. Une seule étude (Kisuule et al., 2013) a été recensée portant sur les raisons du recours tardif à la première CPN. Nous n'avons relevé aucune étude qui porte spécifiquement la voie des personnes qui n'ont pas recours, comme nous l'avons défini pour cette recherche, aux services de soins prénatals. En outre, une enquête transversale menée dans trois régions au Burkina Faso auprès des ménages en 1999, dont 1582 déclarations de femmes en âge de procréer ont été analysées, a montré que près d'un quart au tiers des répondantes, non-utilisatrices des services de santé reproductive, n'ont donné aucune raison de leur choix (Beninguisse et al., 2004). En raison de ce taux élevé, nous considérons que des études qualitatives auprès de ces femmes permettraient de mieux approfondir avec elles les causes de leur non-recours aux services de soins prénatals.

Également, la majorité des études consultées dans la recension des écrits ont généralement traité de l'accessibilité comme un déterminant de l'utilisation des services de santé. Cependant, cette notion ne nous permet pas à elle seule de percevoir l'utilisation effective des services de santé, dont les dimensions en lien avec la continuité, la globalité et la réactivité du système de soins (Da Silva et al., 2011). Par le fait même, dans le domaine des soins prénatals, il existe un besoin d'études afin de mieux documenter les raisons de la non-demande des soins et des bris de la continuité des soins prénatals par les femmes après un accès primaire aux services de santé. Notre étude tente d'apporter de nouvelles explications autour du phénomène complexe du non-recours aux soins.

Au demeurant, des études sur le non-recours aux services de soins dans la perspective des non-utilisatrices sont nécessaires en santé publique, car elles permettent de déceler les obstacles et les échecs du système de santé (Dupéré, O'Neill, & De Koninck, 2012; Rode, 2010); de s'interroger sur la pertinence et l'effectivité des services de santé publique (Warin, 2010b); et il soulève des questions d'ordre légal, éthique et politique (Dupéré et al., 2012). De plus, notre étude répond à un besoin local et national en vue d'atteindre les OMD et les objectifs du Plan national de développement sanitaire (PNDS) du Burkina Faso. Avec les indicateurs sanitaires récents au Burkina Faso, l'atteinte de l'OMD 4 et de l'OMD 5 semble impossible d'ici 2015, car le seuil fixé pour 2015 pour la mortalité maternelle est de 121 pour 100 000 naissances vivantes alors que le niveau actuel est estimé à 341 pour 100 000 naissances en 2010. Toutefois, des études comme celle-ci pourraient contribuer ou tendre à l'atteinte des OMD 4 et OMD 5 dans les années à venir.

## **Chapitre 3 Objectifs, questions et cadre conceptuel de la recherche**

Ce chapitre présentera les objectifs et les questions de cette recherche; ensuite sera exposée la typologie explicative du non-recours adoptée.

### **3.1 Objectifs et questions de recherche**

Ce mémoire s'inscrit dans le Projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso (PASME) mis en place par l'Entraide universitaire mondiale du Canada (EUMC) et financé par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) sous l'initiative Muskoka. Le PASME a pour objectif général de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans dans quatre districts sanitaires (Gayeri, Manni, Solenzo et Koudougou). Également, il a pour but de soutenir la réalisation des objectifs du PNDS du Burkina Faso en se focalisant sur le renforcement des services de santé des districts à fournir des prestations de qualité et en quantité, sur le continuum des soins entre les villages et les services de santé à travers des activités à base communautaire et sur les changements de comportement socioculturel. Cette recherche a été faite de manière collaborative avec les partenaires-terrain du projet avec qui nous avons eu à valider certains objectifs poursuivis par cette recherche selon les réalités locales du terrain.

Dans l'objectif général de comprendre le non-recours aux services publics de soins prénatals selon la perspective des femmes âgées de 18 ans et plus vivant dans la commune rurale de Kokologho au Burkina Faso, le présent projet de recherche tente de répondre à certaines questions que nous nous sommes posées en regard de la problématique de cette recherche. Comment les femmes de la commune rurale de Kokologho âgées de 18 ans et plus qui sont en non-recours aux services de soins prénatals durant leur grossesse vivent-elles et perçoivent-elles leur grossesse et comment cela influence leurs rapports avec les différentes sources de soins? Quels sont les motifs qui sous-tendent leur non-recours aux

services de soins prénatals? Quelles solutions proposent-elles pour améliorer l'utilisation des soins prénatals?

Pour répondre à ces questions, cette étude s'est fixé trois objectifs spécifiques qui sont de: (1) décrire l'expérience et la perception de grossesse des participantes et leurs rapports aux différentes sources de soins prénatals formelles (services publics de santé) et informelles (services de santé traditionnels ou automédication)<sup>11</sup> (2) documenter leurs raisons de non-recours aux services publics de soins prénatals; et (3) livrer des pistes de solutions proposées par les participantes pouvant améliorer le recours effectif aux soins prénatals dans la commune rurale de Kokologho.

### **3.2 Cadre conceptuel de l'étude: typologie explicative du non-recours**

Il existe plusieurs modèles théoriques qui ont été développés sur l'utilisation des services de santé en général, mais aucun ne porte spécifiquement sur le non-recours aux services de soins prénatals. Une littérature émerge sur le phénomène du non-recours et la typologie explicative du non-recours développée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) (Warin, 2010a, 2010b) a été choisie pour cette recherche. Cette typologie est née à la suite de réflexions des membres de l'Odenore à élargir le concept du non-recours à d'autres domaines, autres que les prestations sociales. Elle met en lumière «que le non-recours ne constitue pas seulement une absence de contact avec une offre publique, mais également un certain rapport social à cette offre et aux institutions qui la mettent en œuvre» (Les membres du Réseau «Exclusions et non-recours aux droits et services», 2008, p. 7). Cette typologie a été retenue dans le cadre de cette recherche pour diverses raisons. En premier lieu, elle a été choisie pour sa simplicité et par le fait qu'elle évolue selon les contextes des personnes et des explications qu'elles donnent à leur non-recours aux soins, et cela au fur et à mesure de l'étude du phénomène (Warin, 2010a). Cette conception évolutive de la typologie est fondamentale pour cette recherche, car elle nous permet de nous insérer dans une dynamique constructiviste et itérative, compte tenu du

---

<sup>11</sup> Nous avons voulu explorer les rapports entre les femmes et les différentes sources de soins prénatals existantes dans leur communauté, étant donné que notre recension des écrits suggèrent que dans les pays d'ASS la pluralité d'alternatives de soins et l'accessibilité culturelle et économique des soins traditionnels, entre autres, pourraient influencer le recours ou non aux services publics de santé.



contexte africain qui a ses particularités, dont la multiplicité d'alternatives de soins (Fournier & Haddad, 1995). En dernière analyse, cette grille permet d'identifier un «non-recours volontaire» (Mazet, 2010; Warin, 2010a), autrement dit elle s'intéresse aux personnes qui ne demandent pas les services de soins prénatals par choix intentionnel, ce qui est novateur dans le champ de la recherche sur l'utilisation des services de santé en ASS.

La typologie propose trois catégories de non-recours, qui sont:

1. la non-connaissance : l'offre n'est pas connue par manque d'information sur son existence ou sur son mode d'accès ou par non-proposition du prestataire;
2. la non-demande : l'offre est connue, mais elle n'est pas demandée, par choix ou par contrainte;
3. la non-réception: l'offre est connue, demandée, mais elle n'est pas obtenue.

De sa définition orthodoxe qui date des années 1930, le non-recours renvoyait à «toute personne éligible à une prestation sociale [financière], qui—en tout état de cause—ne la perçoit pas» (Warin, 2010a). L'intérêt à ce phénomène se rapportait à des objectifs politiques et institutionnels d'évaluer les programmes de prestations sociales. Il permettait principalement de mesurer le différentiel entre les personnes éligibles qui bénéficient des prestations et celles qui n'en bénéficiaient pas (Rode, 2009; Warin, 2010a). Le concept a, cependant, évolué de différentes manières et est utilisé dans différents domaines, dont la santé. Warin (2010a) propose une définition plus élargie du concept, il «renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre» (p. 3). Considérant, d'une part que le non-recours est dynamique et temporel (Rode, 2009) et d'autre part que l'offre publique n'est pas obligatoire pour l'utilisateur et qu'il existe d'autres alternatives pour l'utilisateur (Warin, 2010b); nous pouvons définir le non-recours aux soins prénatals selon quatre dimensions retrouvées dans quelques études (Collet, Menahem, & Picard, 2006; Rode, 2010) : (a) le renoncement aux soins (b) le recours tardif aux soins (c) l'inobservance thérapeutique, et (d) les rendez-vous non honorés. Toutefois, il n'existe pas de définition consensuelle du concept de non-recours aux soins. Pour les besoins de cette étude, nous nous limiterons uniquement à deux concepts : le renoncement et le recours tardif aux soins prénatals. Dans

les lignes qui suivent, chaque dimension du non-recours aux soins prénatals sera définie en nous basant d'emblée sur les définitions retrouvées dans la littérature puis adaptées au modèle des soins prénatals focalisés.

- **Le renoncement aux soins**: il réfère aux usagers qui ne demandent pas une prestation durant leur période d'éligibilité (Warin, 2010a). Dans le domaine des soins prénatals selon le modèle focalisé, nous l'avons défini comme étant le fait de ne pas recourir à aucune CPN durant toute la période de la grossesse, pour différentes raisons.
- **Le recours tardif**: c'est le fait d'avoir consulté tardivement un professionnel de la santé (Rode, 2010). Dans cette recherche, il est défini comme étant le retard de la première CPN au-delà des trois premiers mois de grossesse comme recommandé.
- **L'inobservance thérapeutique**: elle désigne le fait de ne pas adhérer aux prescriptions d'un professionnel de la santé. En effet, l'observance thérapeutique se définit comme «la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses faites par un professionnel de la santé» (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques cité dans Rode, 2010). Dans le domaine des soins prénatals, l'inobservance thérapeutique peut englober ces différentes sphères de prescriptions et de proscriptions auxquelles la femme doit adhérer durant la grossesse selon les recommandations médicales.
- **Les rendez-vous non honorés**: Ils renvoient au manquement des rendez-vous prescrits par le professionnel de la santé. Concernant les soins prénatals, les rendez-vous sont essentiels puisqu'à la première CPN le professionnel de la santé doit informer à la femme des différents rendez-vous qu'elle est tenue observée durant la grossesse.

Il est à préciser que le non-recours se différencie du renoncement aux soins dans certains cas. En effet, leur différence se pose sur la base de la perception et de l'interprétation du besoin de soins qui résulteraient de la définition et de la priorité que chaque personne donne à la santé et à la maladie. Le renoncement aux soins désigne un besoin de soins exprimé,

mais qui n'a pas abouti à un recours effectif aux services de santé pour différentes raisons. Il renvoie à l'identification d'un besoin de soins et à son interprétation qui sont teintées par les normes sociales et mettent «en jeu toute la culture du corps des individus : la manière dont le rapport au corps est socialisé, la manière dont la santé est valorisée, la manière de se représenter la maladie, le système de prise en charge, les soins ou le milieu médical sont ici déterminants» (Warin, 2011, p. 1). Contrairement au renoncement, le non-recours est le fait de ne pas recourir au service de santé pour un besoin de soins avéré médicalement. Le renoncement aux soins est dans «l'ordre déclaratif», car ce sont les personnes elles-mêmes qui déclarent avoir renoncé à des soins durant une période donnée. Le non-recours, quant à lui, est dans «l'ordre normatif» puisqu'il «est établi au regard de ce qui est considéré du point de vue médical (à partir de l'état de connaissances de la médecine) comme un état de santé non traité médicalement » (Warin, 2011, p. 1). Ces différences établissent le fait qu'une personne peut être en renoncement de soins sans pour autant être en non-recours, puisqu'un besoin de soins perçu ne nécessite pas *ipso facto* dans le champ médical un recours à des soins médicaux. Une personne peut également être en non-recours sans déclarer avoir renoncé à des soins, car, selon sa perception, son besoin de soins ne nécessite pas un acte médical. Ces personnes ne déclarant pas avoir renoncé à des soins et qui sont en état de non-recours, en regard de leur besoin de soins dans la vision de la médecine, sont la population «la plus préoccupante» selon Warin (2011).

Dans le cadre de cette étude, la dichotomie entre ces deux «populations types» ou ces deux notions ne se pose pas, étant donné que les soins prénatals sont recommandés sur le plan médical à toute femme enceinte afin de garantir le bon déroulement de la grossesse. En conséquence, les participantes de cette étude qui auront déclaré avoir renoncé aux soins prénatals de même que celles qui ne l'auront pas déclaré seront considérées comme étant en situation de non-recours, puisqu'elles ont renoncé à des soins qui sont médicalement attestés.

### **3.2.1 Systématisation de la typologie explicative du non-recours**

Considérant que la typologie développée par l'Odenore a été conçue pour tous les domaines de recherche qui sont concernés par le phénomène du non-recours, nous avons voulu faire

émerger les différentes explications du non-recours aux soins prénatals retrouvées dans la littérature. Pour cela, nous avons procédé à un travail de systématisation présenté dans l'Annexe B dans laquelle nous avons regroupé les différentes caractéristiques qui permettraient d'expliquer le non-recours aux soins prénatals. En conservant les trois types de non-recours identifiés par l'Odenore, dont la non-connaissance, la non-demande et la non-réception, nous y avons intégré les différents éléments identifiés dans la revue des écrits. Considérant que nous nous intéressons non seulement à une population qui a renoncé aux soins, mais également à une population qui a recouru tardivement à leur première CPN, dans la schématisation du non-recours nous avons ajouté les facteurs facilitants ou les solutions qui peuvent emmener les femmes à recourir aux services de soins prénatals à un moment donné de leur grossesse.

## **Chapitre 4      Méthodologie de recherche**

Dans ce chapitre nous traiterons de l'ensemble de la méthodologie adoptée pour cette recherche. Pour mieux comprendre les contextes sociaux, culturels, politiques et économiques du milieu de la recherche, nous présenterons brièvement la commune rurale de Kokologho. Ensuite, nous exposerons le type de recherche et les différentes méthodes utilisées pour collecter et analyser les données. Nous terminerons par l'identification des critères de scientificité et des considérations éthiques qui ont balisé cette recherche.

### **4.1 Présentation et justification du choix de la commune rurale de Kokologho**

Cette recherche a été effectuée dans le district sanitaire de Koudougou, plus précisément dans la commune rurale de Kokologho. Ce choix a été orienté par le projet PASME en se basant essentiellement sur les besoins déclarés sur le terrain par les partenaires-terrain en termes d'objectifs du projet et de faisabilité. Aussi, en considérant les forts taux de mortalité maternelle et néonatale de même que les taux de renoncement et de recours tardif aux soins prénatals notés dans le district et soulevés dans le chapitre 1. À la phase préparatoire de cette recherche, nous avons identifié deux aires sanitaires pour effectuer cette recherche, dont celle de Sabou et celle de Kokologho qui relèvent toutes les deux du district sanitaire de Koudougou. Ce choix a été validé par les différents partenaires-terrain du projet et par les différents documents administratifs qui témoignent de la pertinence d'y mener une étude sur le non-recours aux services de soins prénatals. De plus, le choix des deux aires sanitaires pouvait nous permettre de vérifier et valider les différents résultats obtenus d'un milieu à un autre.

Cependant, arrivée sur le terrain de l'étude, selon nos différentes observations du contexte et des différentes contraintes logistiques nous avons jugé préférable de nous limiter à la commune rurale de Kokologho. De fait, nous n'avions pas assez de ressources financières pour faire une étude à Sabou considérant les frais de l'interprète, les contraintes liées au déplacement, dont les frais de logement et de nourriture. Ensuite, nous avons estimé qu'une immersion prolongée dans le milieu naturel, culturel et social serait bénéfique pour s'ancrer

dans les réalités de la commune de Kokologho. De plus, il était plus facile pour nous de se déplacer à l'intérieur de la commune que de se déplacer à Sabou puisque nous avons un logement permanent à Kokologho. Pour finir, la commune de Kokologho représente une entité relativement homogène sur le plan socioculturel et elle regroupe une différence dans l'offre de soins, avec l'existence de CM et de CSPS, et une accessibilité géographique aux services de santé différente selon les villages.

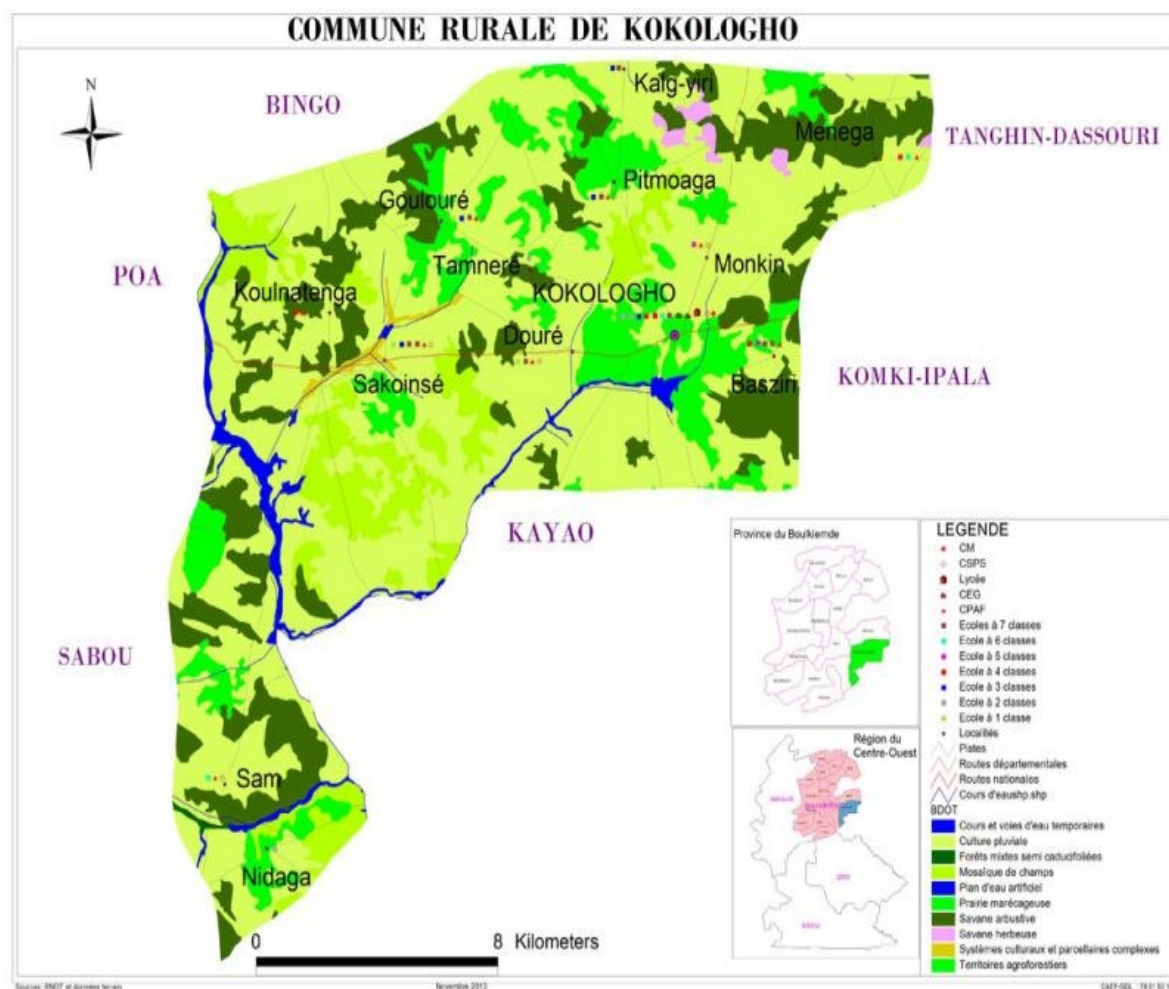
#### **4.1.1 Description de la commune rurale de Kokologho**

Cette section a été rédigée en nous basant essentiellement sur les documents du Plan communal de développement de la commune de Kokologho pour 2014-2018 et du Plan d'action 2013 du district sanitaire de Koudougou (Commune rurale de Kokologho, 2013; Direction régionale de la santé du Burkina Faso, 2012) et sur nos observations faites lors de notre séjour sur le terrain d'étude.

La commune rurale de Kokologho qui couvre une superficie de 298 km<sup>2</sup> est située dans la province de Boulkiemde qui se trouve dans la région du Centre-Ouest. Son chef-lieu est Kokologho. Ses limitations géographiques sont au nord par la commune de Bingo, au sud par la commune de Kayao, à l'ouest par les communes de Poa et Sabou, à l'est par les communes de Komki-Ipala et Tanghin Dassouri. Elle est composée de treize villages dont les distances par rapport au chef-lieu varient de cinq à vingt-quatre kilomètres : Kokologho, Basziri, Douré, Goulouré, Kalgyiri, Koulnatenga, Menéga, Mokin, Nidaga, Pitmoaga, Sakoinzé, Sam-Nidaga et Tamnéré (Figure 2). Bien que la commune soit traversée par la route nationale numéro 1, elle est pauvre en infrastructures routières reliant les différents villages. Il existe seulement deux pistes rurales qui relient Kokologho à Pitmoaga et Sakoinzé à Sam-Nidaga, mais les autres villages sont reliés par des pistes impraticables durant la saison des pluies. Ce manque d'infrastructures routières affecte considérablement l'accès aux soins de santé pour certaines populations. L'organisation administrative de la commune est assurée par le maire, les adjoints et les commissions spécialisées. Il existe des structures non formelles qui sont le relais entre la mairie et la population et elles participent considérablement à la gestion des conflits. Sur le plan coutumier, le pouvoir traditionnel est assuré par le *Naaba* (Chef de terre) de Kokologho qui, intronisé par le *Moro-Naaba*

(souverain du royaume Mossi) de Ouagadougou, s'occupe d'administrer la vie coutumière du terroir communal et nomme les chefs dans les autres villages relevant de sa principauté. La répartition de la population est inégale dans la commune, près d'un tiers de la population vit dans le chef-lieu, à Kokologho. Selon les statistiques de 2006, la population de la commune est estimée à 39 003 habitants, dont 55,89% de femmes. Les Mossis (94% environ) constituent l'ethnie majoritaire dans la commune, les autres ethnies sont notamment les Gourounsis, les Samos, les Peuls, les Dioulas. Les religions pratiquées sont l'animisme (environ 40%), l'islam (environ 25%), le catholicisme (environ 20%) et le protestantisme (environ 15%) (Commune rurale de Kokologho, 2013).

**Figure 2 : Carte administrative de la commune de Kokologho**



**Note:** lors de notre visite sur le terrain, Nongomto, un village près de Sakoinsé où nous avons mené quelques entretiens était doté d'un nouveau CSPS. Cependant, le village et le CSPS ne sont pas indiqués sur cette carte.

Source: (Commune rurale de Kokologho, 2013)

L'analphabétisme est très accentué dans la commune et il touche relativement les jeunes et en particulier les femmes. La situation sociale des femmes reste difficile. Elle a comme rôle de s'occuper des travaux domestiques, elle veille aux soins des enfants et elle s'implique dans les travaux champêtres qui lui garantissent un minimum de revenus lui permettant de subvenir à ses besoins et à ceux de la famille. Certaines pratiques et croyances culturelles maintiennent les femmes économiquement dépendantes de l'homme. Par exemple, la femme ne peut accéder à la terre que par don ou emprunt qui se fait par l'intermédiaire de son mari, ce qui les rend constamment en insécurité foncière et économique. Et dans la majorité des cas, les femmes travaillent sous la dépendance de leur mari (Commune rurale de Kokologho, 2013).

#### **4.1.2 Organisation sanitaire de la commune et organisation du système de SMNI**

La commune rurale de Kokologho compte un CM situé à Kokologho et huit<sup>12</sup> CSPS répartis dans les treize villages (Figure 2) qui relèvent du district sanitaire de Koudougou. Chaque CSPS est cogéré par le personnel soignant et le comité de gestion (COGES) qui est une structure villageoise. Des agents de santé communautaires (ASC) bénévoles existent dans chaque CSPS et servent de relais d'information et d'appui entre les formations sanitaires et les communautés. L'ensemble des services de santé est accessible à moins de 5 à 10 km dans l'ensemble des villages de la commune. Nonobstant, le taux de fréquentation des services de santé reste faible, il se situe en dessous de 40%. Ce sont les personnes âgées et les enfants âgés de 1 à 5 ans qui constituent la majorité des usagers de ces services (Commune rurale de Kokologho, 2013).

Dans les CSPS, partout dans le pays, un minimum de personnel est requis pour son fonctionnement: un infirmier d'État ou breveté, un accoucheur (sage-femme ou maïeuticien d'État ou une accoucheuse brevetée) et un agent itinérant de santé. En 2011, 83% des CSPS de la région du Centre-Ouest ont répondu à cette norme contre 88,8% au national (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012). Dans les maternités

---

<sup>12</sup> Sur le document de la commune le CSPS de Nongomto n'y figurait pas alors que nous y avons mené des entrevues. Comme il s'agit d'un nouveau CSPS, c'est peut-être ce qui explique pourquoi il n'apparaît pas encore dans ce document administratif.



de la commune qu'on a eu à visiter (Kokologho, Pitmoaga, Mokin, Douré, Menega, Sakoinzé et Nongomto), la norme du personnel requise semble ne pas être toujours respectée, surtout dans les CSPS. Dans certains CSPS, les maternités étaient gérées par un infirmier ou un accoucheur qui dispensait une diversité de soins. Pour le CM de Kokologho, sa différence avec les CSPS est l'existence d'un médecin-chef et le nombre important de personnels de santé au niveau de la maternité. Le CM demeure la structure de référence pour les autres CSPS, mais étant donné le manque flagrant de matériels son fonctionnement n'était pas optimal. L'insuffisance de professionnels de la santé affecte le temps consacré aux CPN. En effet, les prestataires de soins ne peuvent pas passer beaucoup de temps avec les femmes enceintes durant les CPN, pour remédier à cela des rencontres de groupe d'éducation prénatale sont organisées au sein des formations sanitaires. De plus, les visites prénatales ne se font pas tous les jours, plusieurs centres de santé désignent un ou deux jours de la semaine réservés uniquement pour les soins prénatals.

#### **4.2 Type de recherche: une recherche qualitative inspirée de l'ethnographie**

L'objectif de cette recherche était de comprendre les motifs du non-recours aux soins prénatals chez les femmes âgées de 18 ans et plus habitant dans la commune rurale de Kokologho, la démarche paradigmatique adoptée est constructiviste et fait appel à une méthodologie qualitative inspirée de l'ethnographie.

La recherche qualitative est utilisée dans les études qui veulent comprendre en profondeur un phénomène «nouveau» qui souvent n'est pas mesurable (Mucchielli, 1991). Elle permet de cerner et d'expliquer comment des contextes politiques, environnementaux, sociaux et culturels, imperceptibles généralement par les méthodes quantitatives, se répercutent sur la santé des personnes ou des populations (Baum, 1995). Le non-recours aux services de santé échappe souvent aux données statistiques pour différentes raisons: les populations en situation de non-recours sont peu visibles et difficiles à rejoindre; c'est un phénomène impondérable avec des conséquences néfastes pour la société et sur la santé des personnes qui le vivent (Rode, 2010). De ce fait, l'approche qualitative permet à cette étude

«d'identifier l'impondérable» et de «dévoiler l'invisible» (Fassin, 2000 cité dans Rode, 2010, p.26) en approfondissant avec la population de l'étude les logiques qui sous-tendent leur choix ou leurs contraintes de ne pas recourir aux services de soins prénatals.

Afin de comprendre le non-recours aux soins prénatals, notre démarche méthodologique s'inscrit dans une approche interprétative, spontanée et naturelle, d'approcher, d'interroger et de comprendre le sujet de l'étude selon le contexte social, historique et culturel du milieu de l'étude (Paillé, 2007). Ainsi, ce type de recherche permet de voir les phénomènes humains comme des phénomènes de sens et de créer des connaissances épistémiques où le chercheur et les participants à l'étude produisent des savoirs (Anadon & Guillemette, 2007). Eu égard à cela, il a été opportun de s'ancrer dans des philosophies de: l'ontologie relativiste qui est de reconnaître qu'il existe de multiples réalités et de multiples visions pour un sujet donné; et l'épistémologie subjectiviste qui suggère que le savoir émerge de la relation entre le chercheur et le sujet étudié (Denzin & Lincoln, 2008). En effet, les individus construisent leur réalité selon le milieu dans lequel ils vivent et les normes sociales, culturelles et historiques qui le régulent. Aussi, étant donné que le chercheur est un être socialisé qui appartient à une culture donnée, avec des valeurs et qu'il est impossible de «concevoir un esprit scientifique 'vierge' de tout à priori» (Mucchielli, 2005, p. 22), l'interprétation est au cœur de l'action scientifique en recherche qualitative.

Ainsi, nous nous sommes inspirées de l'ethnographie descriptive et analytique pour mieux comprendre le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso à partir des expériences de grossesse des femmes. L'approche ethnographique en recherche qualitative induit une immersion du chercheur dans le milieu de l'étude pour comprendre le « "style de vie" d'un groupe à partir de la description et de la reconstruction analytique et interprétative de la culture, des formes de vie et de la structure sociale du groupe étudié» (Anadon, 2006, p. 20). Pour ce faire, l'étudiante chercheuse a séjourné durant quatre mois au Burkina Faso, d'octobre 2013 à janvier 2014. L'immersion dans le milieu de l'étude nous a permis de mieux connaître et d'intégrer certaines réalités quotidiennes des femmes et de nous imprégner des différentes coutumes et croyances de cette communauté. En plus, nous nous sommes inspirées de différentes stratégies de recherche utilisées dans ce type d'approche, dont l'observation participante, les entretiens et les notes de terrain.

Avant notre immersion sur le terrain, un protocole de recherche a été établi où des outils de collecte de données ont été élaborés, notamment une grille d'entrevue et un guide d'observation qui seront présentés dans la section de la collecte des données. Ces différents outils ont évolué tout au long de la recherche à travers les différentes réalités qui émergeaient du terrain de l'étude. De plus, les différents choix méthodologiques de cette recherche ont été faits de manière collaborative. Ils ont été discutés avec un comité de suivi qui a été créé pour cette recherche et qui est composé des partenaires-terrain vivant au Burkina Faso, dont le coordonnateur et un des chargés de projet du PASME, de ma directrice et de ma codirectrice de recherche. Cet exercice d'échange avec différentes personnes nous a permis durant toute la recherche d'avoir une réflexivité constante sur les différents obstacles rencontrés, les choix méthodologiques et la démarche éthique afin d'assurer à la recherche une compréhension des significations communes données au non-recours aux soins prénatals qui est un phénomène inscrit dans des réalités sociales et culturelles.

### **4.3 Type d'échantillonnage, sélection et processus de recrutement des participantes**

Le type d'échantillonnage choisi pour cette étude est celui de l'échantillonnage par cas multiples des micro-unités sociales proposé par Pires (1997). Les recherches qualitatives qui utilisent ce type d'échantillonnage, selon l'auteur, sont celles qui recourent à des entrevues avec plusieurs individus et celles des «études collectives de cas». En ce qui concerne cette étude, le choix de ce type d'échantillonnage se justifie par le fait qu'elle fait appel à des entrevues avec plusieurs femmes qui ont vécu une expérience de grossesse et de non-recours aux soins prénatals. Il permet à cette étude de connaître à travers les points de vue de chaque participante «le déroulement des faits ou le fonctionnement d'une institution (...); de rendre compte de ses sentiments et perceptions sur une expérience vécue, d'avoir accès aux valeurs d'un groupe ou d'une époque» (Pires, 1997, pp. 62-63). Pour ce faire, chaque participante de cette étude n'était pas seulement une interviewée à qui on doit soutirer des informations, mais elle était considérée comme étant une informatrice-clé,

porteuse de valeurs indispensables pour obtenir certains renseignements sur le phénomène étudié.

#### **4.3.1 Le soutien d'une interprète**

Compte tenu des barrières linguistiques entre l'étudiante chercheuse et les participantes, les étapes du recrutement et les entrevues individuelles ont été réalisées avec l'aide d'une interprète. Dans les recherches qualitatives qui nécessitent le recours à un interprète, comme celle-ci, le savoir livré au chercheur et qui émerge des entrevues dépend non seulement «de la capacité des participants à verbaliser leur expérience, ce qui est le propre de la plupart des méthodes qualitatives, mais surtout du sens qui aura préalablement été perçu par l'interprète» (Polkinghorne, 2005 cité dans Vachon, 2012, p. 115). Ainsi, beaucoup d'auteurs remettent en question la crédibilité des données issues de ces types de recherche dans le sens où le rapport dialogique entre participant et chercheur est impossible. Sur cette lignée, certains auteurs pensent que le recours à des interprètes locaux peut instaurer «des failles systématiques et pourrait même aggraver les biais de l'ethnographe» (Owusu, 1978 cité dans Vachon, 2012, p. 116). Connaissant les innombrables défis du recours à un interprète dans une démarche ethnographique, dont la crédibilité des données, différents moyens doivent être déployés au début de la recherche pour prévenir certains biais cognitifs, dont les biais culturels, l'interférence de la perception de l'interprète ou le risque de résumer la pensée des interviewées qui peuvent être générés par la production de sens de l'interprète.

En poursuivant la pensée de certains auteurs, nous avons reconnu tout au long de cette recherche «la construction de sens active de l'interprète» et nous l'avons utilisé «avec réflexivité, dans notre compréhension du phénomène à l'étude» (Vachon, 2012, p. 116). Pour ce faire, l'interprète choisie a été considérée non seulement comme médiateur culturel, mais aussi comme informatrice-clé de la communauté qui peut nous ouvrir «non seulement l'accès au contenu des narratifs des participants», mais elle peut également représenter «une voie (et une voix) privilégiée vers des sources d'informations précieuses sur le plan culturel» (Vachon, p.117).

Pour arriver à bien choisir l'interprète pour cette recherche, nous avons fait un travail collaboratif avec le comité de suivi de cette recherche, notamment les partenaires-terrain du PASME qui vivent au Burkina Faso et qui connaissent très bien le terrain de l'étude. Avec le comité de suivi de cette recherche, avant la collecte des données, nous avons établi quelques critères à considérer pour recruter l'interprète. Le critère fondamental était de recruter une femme pour mettre à l'aise les participantes considérant le caractère féminin du sujet à l'étude, une interprète sera beaucoup plus adéquate dans ce milieu. Nous avons également porté une attention particulière à certains éléments, dont le profil social, la maîtrise de la langue locale et du français et l'appartenance ou non à la communauté. De notre point de vue, il était primordial que l'interprète puisse faire les entrevues en langue locale et les transcrire en français. En effet, sachant qu'il peut y avoir des interférences dans les enregistrements audio, la personne qui fait les entrevues aura plus de facilité à faire les transcriptions, ce qui s'est avéré durant la transcription des données recueillies dans le cadre de cette recherche.

Finalement, l'interprète avec qui nous avons travaillé était une femme mariée avec des enfants et appartenait à l'ethnie Mossi. Elle avait un niveau d'étude secondaire et deux ans de formation dans le domaine du service social. Elle maîtrisait parfaitement le moré et le français et était originaire de la ville de Koudougou. Cette dimension était essentielle, puisque le fait qu'elle soit originaire de Koudougou lui permettait de connaître les idiomes fréquemment utilisés par les habitants de la région du Centre-Ouest. On ne voulait pas recruter une interprète qui vivait dans le milieu de recrutement, bien que cela puisse avoir des bénéfices pour la recherche, mais quelques raisons nous ont conduites à considérer qu'une personne externe à la communauté serait idéale pour cette recherche. En effet, les partenaires-terrain nous avaient spécifiés que dans les zones rurales où l'étude a été réalisée, il était difficile de trouver une femme qui parle et comprend bien le français. Ainsi, l'interprète choisie était une femme scolarisée qui vivait en ville, mais qui parlait parfaitement la langue du milieu de l'étude et connaissait bien la culture. Nous nous sommes impliquées dès son recrutement à son intégration dans le processus de recherche pour garantir une relation de confiance entre elle et l'étudiante chercheuse. Étant donné qu'elle avait principalement une expérience en enquête quantitative, une formation sur

l'entrevue qualitative lui a été donnée par l'étudiante chercheuse dès son recrutement. Au milieu de la collecte des données, une autre formation lui avait été offerte par la directrice de cette recherche lors de sa visite au Burkina Faso dans le cadre du projet PASME.

#### **4.3.2 Population de l'étude**

En nous basant sur la recension des écrits effectués dans le cadre de cette étude, quelques critères d'inclusion de l'étude ont été identifiés avant la collecte des données. Ces critères sont : être une femme âgée entre 18 et 50 ans, habiter dans la commune de Kokologho, avoir eu une grossesse durant la dernière année précédant l'étude ou être en état de grossesse d'au plus six mois durant la période de recrutement, avoir renoncé aux soins prénatals ou avoir recouru tardivement aux systèmes de santé durant la grossesse. Étant donné que l'âge ne semble pas avoir un effet direct sur le recours aux services de soins prénatals selon notre revue des écrits, il est en effet souvent confondu avec l'état matrimonial ou la parité atteinte, nous avons choisi d'étendre la population de l'étude à l'ensemble des femmes majeures en âge de procréer. De plus, pour limiter les biais de mémoire, nous nous sommes limitées aux femmes qui ont eu une grossesse durant la dernière année précédant la collecte des données (en 2012) ou celles qui sont en état de grossesse au moment de la collecte des données (d'octobre à décembre 2013), cela nous a permis de recueillir des témoignages récents de leurs expériences de grossesse. Toutefois, quelques critères d'exclusion à l'étude ont été identifiés. En effet, les femmes souffrant d'une maladie mentale sévère (en lien avec l'aptitude au consentement) ou d'une condition de handicap pouvant empêcher une longue discussion et les femmes qui ont perdu récemment un enfant ou une grossesse ont été exclues de l'étude.

Pour atteindre la diversification interne qui réfère à donner un «portrait global» « à l'intérieur d'un groupe restreint et homogène d'individus» (Pires, 1997, p. 65), certains critères ont été considérés, dont l'âge, le niveau d'études, l'ethnie, le statut matrimonial et le degré de non-recours aux soins prénatals. La diversification des villages à l'intérieur de la commune n'a pu être faite selon certains critères préétablis, dont l'accessibilité géographique des centres de santé ou le taux de non-recours aux CPN. Nous avons choisi les sites de recrutement selon la possibilité d'y accéder et d'y recruter des participantes à

l'étude<sup>13</sup>. Nonobstant, les sites de recrutement présentent quelques divergences. En effet, nous avons recruté dans les aires sanitaires du CM et des CSPS qui présentaient des différences dans l'offre et l'accessibilité des soins. Nous avons également recruté dans le village de Basziri où il n'y avait pas de centre de santé.

### 4.3.3 Stratégies de recrutement

Pour le recrutement des participantes, nous avons procédé d'abord à la stratégie de recrutement par les personnes-ressources de la communauté, dont les professionnels de la santé, les ASC et les chefs de village. Cette première étape a été facilitée par les chargés de projet et le coordonnateur du PASME et elle nous a permis d'identifier à priori des «informants» qui nous aidaient à trouver des femmes qui répondaient aux critères de sélection de cette étude. Sachant que la société et l'administration au Burkina Faso est très hiérarchisée, dès notre arrivée sur le milieu de l'étude, nous avons rencontré les différents leaders administratifs et communautaires, notamment le médecin-chef du district sanitaire de Koudougou, le médecin et le major (infirmier-chef) du CM de Kokologho, la femme de l'ancien roi de Kokologho et le maire de la commune de Kokologho. Cette première approche est essentielle dans une étude de type ethnographique, puisque les leaders permettent de nous introduire plus facilement dans la communauté (Cresswell, 2007). Le médecin et le major du CM nous ont introduites auprès des ASC qui travaillent au niveau de l'aire sanitaire du CM pour nous aider à recruter les participantes à l'étude. Ils nous ont aussi donné l'autorisation d'aller recruter les femmes dans les autres aires sanitaires de la commune, en passant par les CSPS. Finalement, le recrutement des participantes a été mené à l'intérieur de cinq aires sanitaires: le CM de Kokologho et les CSPS de Sakoinzé, Nongomto, Monkin et Pitmoaga.

**Dans l'aire sanitaire du CM de Kokologho:** le recrutement s'est fait à la maternité du CM, au Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN)<sup>14</sup> et dans le village de

---

<sup>13</sup> Ce volet sera beaucoup plus discuté dans la section 4.4.4 (Contraintes liées au recrutement).

<sup>14</sup> Le CREN est une œuvre sociale qui accueille les enfants malnutris de zéro à cinq ans. Il a pour but: la réhabilitation nutritionnelle de l'enfant; l'apport de bouillies enrichies et de lait maternisé; les soins médicaux sous prescriptions médicales. En plus des soins curatifs, le CREN agit aussi de façon préventive car il donne des formations aux mères sur des sujets divers comme la diététique, les maladies infantiles et tropicales,

Basziri. Dans la maternité du CM, ce sont les accoucheurs qui nous ont aidées à recruter des participantes à l'étude. Le recrutement s'est fait généralement les jours des CPN ou de la vaccination des enfants. Au CREN, ce sont les religieuses qui y travaillent qui nous ont donné l'autorisation de venir les mardis matin pour le recrutement. Et pour le village de Basziri, étant donné qu'il n'y a pas de CSPPS nous avons demandé au *Naaba* (chef de terre) de nous aider à avoir les femmes que nous recherchions. Après un premier contact avec lui, il nous a donné un autre rendez-vous où il a regroupé toutes les femmes du village qui ont eu un enfant récemment ou qui sont en état de grossesse dans sa cour pour que l'on puisse recruter les femmes qui répondaient aux critères de sélection de cette étude.

**Dans les aires sanitaires des CSPPS de Sakoinzé, de Nongomto, de Mokin et de Pitmoaga:** ce sont les professionnels de la santé (infirmiers ou accoucheurs) qui y travaillent qui nous ont aidées à joindre les femmes. Dans ces CSPPS, le recrutement s'est fait, la plupart du temps, le jour des CPN ou de la vaccination des enfants. Ce n'est qu'au CSPPS de Nongomto que nous avons recruté les femmes dans leur concession avec l'aide de l'infirmier-chef et de l'ASC.

Ensuite, dans tous les lieux de recrutement, le recrutement des femmes s'est fait en utilisant les carnets de maternité de la dernière grossesse. Cette technique nous a été proposée par les partenaires-terrain du comité de suivi. Elle a été bénéfique pour cibler et recruter la population de notre étude, car les femmes ne savaient pas le nombre de mois qu'elles ont recouru à leur première CPN. Également, beaucoup de femmes ne savaient pas ou ne voulaient pas admettre qu'elles étaient en situation de recours tardif à leur première CPN.

De façon générale, à chaque site de recrutement où nous sommes allées, à l'exception de l'aire sanitaire de Nongomto où chaque femme a été rencontrée individuellement, les femmes étaient rencontrées en groupe. Nous leur présentions brièvement l'objectif de notre étude, en ne mentionnant pas le non-recours aux soins prénatals pour éviter que les femmes qui n'étaient pas recrutées de savoir les raisons de notre discussion avec les femmes

---

l'hygiène et le sida. Les femmes qui viennent faire soigner leurs enfants au CREN doivent s'engager à participer aux conférences et à se faire les porte-paroles du CREN dans leur village en transmettant les connaissances acquises (source: <http://burkinaframtid.org/main/cren.htm>)



recrutées. Après avoir identifié à l'aide des carnets de maternité de la dernière grossesse les femmes qui répondaient aux critères de sélection de cette recherche, nous nous installions le plus souvent à l'ombre d'un arbre loin des autres personnes présentes dans le lieu de recrutement pour présenter en détail les objectifs et les attentes de cette étude à chaque femme sélectionnée. Si la femme acceptait de participer à l'étude, nous poursuivions l'entrevue. Dans l'ensemble des sites de recrutement, aucune femme que nous avons approchée et à qui nous avons expliqué clairement le but de cette étude n'a refusé d'y participer. Seulement deux femmes n'ont pas pu participer à l'étude le jour même du recrutement par manque de temps. Ces femmes nous avaient demandé de leur indiquer notre milieu d'habitation pour que l'on fasse l'entrevue un autre jour. Bien que d'autres femmes nous avaient dit la même chose et étaient passées à la maison, ces deux femmes n'ont pas été revues<sup>15</sup>.

L'échantillon final de l'étude compte vingt-deux femmes âgées de 18 à 40 ans. La taille de l'échantillon a été déterminée par le principe de saturation empirique qui réfère au «phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique» (Pires, 1997, p. 67). Nous avons jugé que la collecte des données a atteint une saturation empirique quand les raisons du non-recours aux soins prénatals ont commencé à se répéter lors des dernières entrevues, précisément à la dix-neuvième entrevue.

#### **4.3.4 Contraintes liées au recrutement**

Certaines contraintes ont été rencontrées lors du recrutement. Nous allons d'abord présenter les contraintes générales liées à l'environnement physique et social de l'étude. Ensuite, nous discuterons des contraintes que nous avons eues à recruter des femmes qui ont renoncé aux soins prénatals.

---

<sup>15</sup> Dans ce milieu les femmes ne donnent pas une date précise pour les rendez-vous. Elles nous disaient souvent que si elles ont le temps le jour du marché, elles passeront. Nous ne savons donc pas si ces femmes sont venues à la maison à un jour où nous étions absentes.

#### 4.3.4.1 Contraintes générales

En premier lieu, il a été difficile tout au début de la recherche de cerner la zone d'étude. En effet, nous n'avions pas pu nous procurer la carte de la commune de Kokologho, bien que des démarches aient été faites à cet égard<sup>16</sup>. De ce fait, avec l'aide des indications de certains villageois nous nous sommes débrouillées tout au long de la collecte des données pour retrouver l'emplacement des villages. Cela n'a pas été facile à cause du manque flagrant d'indications sur les voies qui sont des pistes villageoises où le déplacement en moto s'avérait parfois difficile.

En second lieu, nous ne pouvions pas prendre de rendez-vous avec les femmes qui voulaient participer à cette étude. Cela est dû, d'une part, au manque de moyens de télécommunication et d'indications des quartiers. En effet, les femmes n'avaient ni portable (celles qui en ont ne connaissaient pas souvent leur numéro de téléphone) ni aucun autre moyen de télécommunication pour les joindre. D'autre part, quand nous demandions aux femmes de nous indiquer leur maison pour que nous puissions les rencontrer chez elles, elles nous donnaient des indications qui sont impossibles à retrouver pour nous «étrangères» du milieu. Il n'existe pas d'adressage des noms de quartier comme nous le connaissons dans les zones urbaines. Si dans le milieu administratif le nom des secteurs est utilisé pour désigner les zones d'habitation, dans le langage des femmes les zones d'habitation sont nommées selon leur proximité à une école, un centre de santé, un marché ou même un forage. Aussi, certaines femmes ne voulaient en aucun cas nous indiquer leur habitation, elles préféraient venir chez nous.

En dernier lieu, le recrutement correspondait avec la saison des récoltes, trouver des femmes était difficile. Elles se déplaçaient la plupart du temps dans les champs pour récolter les arachides ou dans les marchés des villages pour vendre leurs produits.

---

<sup>16</sup> Il n'y avait pas de carte géographique à la mairie selon les responsables que nous avons rencontrés.

#### 4.3.4.2 *Contraintes liées au recrutement des femmes qui ont renoncé aux soins prénatals*

Cette recherche s'intéressait à deux dimensions du non-recours, dont le recours tardif et le renoncement aux soins prénatals. Durant la collecte des données, aucune femme qui a renoncé aux soins prénatals n'a été recrutée. Plusieurs explications nous ont été données pour expliquer cela. Selon les professionnels de la santé que nous avons rencontrés dans le cadre de cette étude<sup>17</sup>, la majorité des femmes viennent tardivement pour leur première CPN et il est devenu quasi rare de voir des femmes qui renoncent aux soins prénatals. Certains ont même affirmé n'avoir jamais vu de femmes qui ont renoncé aux soins prénatals durant toute leur expérience professionnelle dans le domaine de la santé maternelle. Selon eux, le recours aux soins prénatals s'est amélioré considérablement durant ces dernières années, par le fait de la disponibilité des maternités dans des rayons maximaux de dix kilomètres à l'intérieur de la commune; de la gratuité des soins préventifs durant la grossesse; et de l'intégration des matrones qui sont devenues les accoucheuses auxiliaires dans le secteur public de santé. Cette affirmation a été réitérée par certaines femmes de la communauté. Selon elles, le fait qu'elles ne peuvent plus accoucher à la maison<sup>18</sup> contribue amplement à leur recours aux centres de santé durant la grossesse.

Cependant, quelques informateurs-clés nous ont livré un discours très différent de ceux qu'on entendait souvent à ce sujet, ils mettaient en relation renoncement aux soins et ethnie. D'aucuns nous disaient d'aller dans les villages des Peuls, nous y trouverons beaucoup de femmes qui n'utilisent pas les services de santé. Nous n'avons pas considéré ces affirmations durant la collecte des données pour ne pas sombrer dans des préjugés pouvant exister entre différentes ethnies. Aussi, nous n'avons pas vu lors de notre collecte de données un village peuplé uniquement de Peul et le recrutement des femmes peules était plus difficile puisqu'elles habitaient souvent à l'écart des villages Mossi à cause de leur pratique d'élevage.

---

<sup>17</sup> Nous avons fait des entrevues informelles avec deux professionnels de la santé, mais nous avons également rencontré dans les différentes formations sanitaires visitées des professionnels de la santé avec qui nous discutons du sujet de l'étude et de ce qu'ils en pensaient, ce sont généralement des conversations courtes.

<sup>18</sup> Pour plusieurs femmes rencontrées, il est devenu impossible d'accoucher à la maison. Les «vieilles» femmes qui jouaient ce rôle refusent de faire accoucher les femmes à la maison selon certaines sources. Pour d'autres femmes, l'accouchement à la maison est susceptible d'amende et la loi l'interdit.

## 4.4 La collecte des données

Pour la collecte des données, différents moyens ont été utilisés: les entrevues individuelles semi-dirigées; l'observation participante, les entrevues informelles et le journal de bord.

### 4.4.1 L'entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée est une technique fréquemment utilisée dans les recherches qualitatives. Ce type d'entrevue nécessite que l'on préétablisse une grille d'entrevue permettant de cerner les dimensions importantes qu'on veut approfondir durant la recherche (Poupart, 1997 cité dans Pires, 2004). Ces dimensions déjà identifiées permettent à l'intervieweur d'ouvrir la discussion tout en laissant à l'interviewé plus de liberté dans sa narration (Fortin, 2010).

#### 4.4.1.1 La grille d'entrevue

Au début de cette recherche, quelques éléments théorico-empiriques de notre recension des écrits sur le sujet d'étude ont été identifiés pour construire la grille d'entrevue. Elle portait sur les thèmes de l'étude: i) l'expérience prénatale, ii) les croyances et pratiques culturelles entourant la grossesse, iii) l'état de santé et parcours de soins des femmes, iv) les différentes perceptions des soins prénatals. La grille d'entrevue a évolué en même temps que la collecte des données en s'inspirant des choses nouvelles qui émergeaient des données obtenues (Annexe C). En plus, elle a été révisée par le comité de suivi, notamment les partenaires au Burkina Faso qui nous ont aidées à adapter les questions selon les différentes réalités du milieu de l'étude. L'interprète de l'étude a également participé à bonifier la grille de l'entrevue afin qu'elle se traduise mieux en Moré.

#### 4.4.1.2 Déroulement des entrevues

Comme mentionné précédemment, à chaque site de recrutement où nous avons identifié une femme qui répondait aux critères de sélection de l'étude avec l'aide de son carnet de maternité, nous lui présentions confidentiellement le but et les objectifs de cette étude loin

du site de recrutement pour créer un milieu confidentiel pour l'entrevue. Cette façon de s'éloigner du site de recrutement pour faire les entrevues a été appréciée par les participantes et elle nous permettait de créer une intimité avec elles et d'assurer la confidentialité. Également, le fait que certaines questions touchaient la qualité des soins prodigués dans les formations sanitaires, réaliser les entrevues à l'intérieur des services de santé (CM, CSPS ou CREN) pouvait influencer considérablement les réponses des femmes. Une seule entrevue a été réalisée dans une salle à l'intérieur du CREN à la suite de la proposition des responsables. Nous avons jugé de ne plus recommencer cette expérience, car il y avait beaucoup de bruit ce qui avait un effet négatif sur la qualité de l'entrevue et de l'enregistrement. Pour les participantes recrutées dans la maternité du CM et du CREN, les entrevues ont été réalisées dans notre logement. Celles qui ont été recrutées chez le *Naaba* de Basziri et dans les CSPS de Mokin, de Sakoinsé et de Pitmoaga, les entrevues ont été effectuées sous l'ombre d'un arbre près de la structure de santé ou de la maison du chef. Ce sont seulement pour les femmes recrutées dans l'aire sanitaire du CSPS de Nongomto et une autre recrutée au CREN que les entrevues ont eu lieu dans la maison des participantes.

Toutes les entrevues ont été effectuées le même jour que le recrutement de la participante, et elles ont été enregistrées au gré de la participante. Des vingt-deux entrevues retenues pour cette recherche, une seule entrevue n'a pas été enregistrée. La participante a refusé d'être enregistrée par peur, dit-elle, de passer un jour à la radio et cela malgré les explications que nous lui avons données sur les mesures de confidentialité de l'étude. Nous avons alors effectué cette entrevue sans enregistrement et avons pris des notes à la place. La durée des entrevues allait de 15 à 50 minutes, excluant le temps consacré à la présentation de l'étude et au consentement éclairé et parfois aux pauses causées par les pleurs de l'enfant de la participante. Deux entrevues ont une durée de 15 minutes, elles n'ont pas été éliminées même si nous n'avons pas pu faire le tour de toutes les questions entourant le sujet à l'étude avec ces femmes. En effet, une de ces entrevues a été réalisée avec une femme qui au milieu de l'entrevue ne trouvait plus l'intérêt de continuer la discussion, car elle pensait que l'entrevue était faite par des professionnels de la santé et qu'elle espérait pouvoir obtenir en revanche des soins pour ses enfants. Pour l'autre entrevue, elle concernait la femme qui ne voulait pas être enregistrée, elle a décidé d'arrêter l'entrevue à cause de son enfant qui

pleurait beaucoup. Elle nous avait promis de repasser, mais malheureusement nous ne l'avons pas revue. Cependant, ces deux femmes malgré la durée courte de leurs entrevues nous ont livré des informations que nous avons jugées pertinentes pour cette recherche. À la fin de chaque entrevue individuelle, un court questionnaire sociodémographique a été rempli pour établir le profil de chaque participante. Des vingt-deux entrevues, une seule entrevue a été effectuée en français selon le souhait de la participante, toutes les autres entrevues ont été réalisées en moré, la langue véhiculaire au Burkina Faso en présence de l'étudiante chercheuse et de l'interprète.

Concernant l'animation des entrevues, deux techniques ont été adoptées. Pour les premières entrevues, l'interprète se chargeait de l'animation alors que l'étudiante chercheuse, présente lors de ces entrevues, n'intervenait qu'à la fin pour discuter brièvement avec l'interprète des différents points abordés avec la participante et elle contribuait à la discussion si nécessaire. Cependant, cette technique ne semblait pas être idéale, étant donné que lors des transcriptions de ces premières entrevues nous avons remarqué que l'interprète n'approfondissait pas certaines questions. Ce manque d'approfondissement n'était pas fait de façon volontaire par l'interprète. Elle n'avait jamais mené d'entrevue qualitative et certains sujets étaient plutôt indiscrets culturellement<sup>19</sup>. Aussi, la présence de l'étudiante chercheuse comme spectatrice lors des discussions semblait, pour certaines femmes, créer un malaise même si nous notifiions à chaque début d'entrevue que l'étudiante chercheuse ne comprenait pas la langue locale. En regard de toutes ces contraintes, nous avons opté pour une autre technique d'animation des entrevues. Cette technique consistait à animer ensemble, les discussions avec les participantes. L'interprète ouvrait la discussion avec la participante et à un moment elle marquait une pause pour faire une traduction à l'étudiante chercheuse qui lui demandait de rebondir sur certains points qui lui semblaient intéressants. Cette technique a été fructueuse, elle a rendu les entrevues plus dynamiques et plus riches. Les femmes s'ouvraient davantage lors de nos rencontres et le fait que l'étudiante chercheuse soit étrangère à la culture et ne parlait pas la langue était un exutoire pour

---

<sup>19</sup> Pour certains points relevant de la culture par exemple, elle n'approfondissait pas avec les femmes puisque ce sont des connaissances acquises pour elle, alors que pour nous ce sont des connaissances qui nous échappaient donc importantes à savoir. De plus, il y avait des sujets ou des questions qui sont qualifiées «d'indiscrets» culturellement et ne doivent pas être discutés.

l'interprète qui l'utilisait souvent pour pouvoir poser certaines questions «interdites», voire «indiscrètes», entre membres de la communauté.

De plus, certaines questions semblaient être honteuses, indiscrètes ou «tabou», comme celles se rapportant à la planification familiale, au mariage et aux sujets touchant la sexualité en général. Pour ces genres de question, nous utilisons régulièrement des relances permettant de faire comprendre à la participante les bonnes intentions de nos questions «indiscrètes» qui ne sont pas là pour les juger, mais qui peuvent, peut-être, améliorer leur condition de santé. Lors de nos entrevues, nous avons remarqué que la confiance ne s'établissait pas au premier coup pour la majorité des femmes, ce qui est tout à fait normal. Les techniques de relance permettaient également de mettre en confiance les femmes sur nos objectifs en tant qu'intervieweuses et sur les objectifs de la recherche. Constamment durant les discussions, nous mettions l'accent sur les caractères de la confidentialité de la recherche et nous prenions le soin de résumer la pensée des participantes pour nous assurer que nous avons bien compris la profondeur de leurs paroles.

#### **4.4.2 L'observation participante et entrevues informelles**

L'observation participante est une autre méthode que nous avons utilisée pour cette recherche. Elle a duré soixante jours pendant lesquels nous avons observé les milieux géographiques, les milieux de soins prénatals et les occupations quotidiennes des femmes dans la commune (Annexe D). Elle nous permettait de «vivre la réalité des sujets observés et de pouvoir comprendre certains mécanismes difficilement décriptables pour quiconque demeure en situation d'extériorité», en plus, d'avoir un «accès privilégié à des informations inaccessibles au moyen d'autres méthodes empiriques» (Soulé, 2007, p. 128). Notre démarche d'observation participante a été «ouverte», en effet la communauté a été avertie des objectifs de cette recherche et de notre présence dans la communauté. Tout en sachant que ce type d'observation peut générer des changements de comportement au niveau des populations «observées», toutefois nous en avons estimé sa dimension éthique (Soulé, 2007). De plus, nous avons fait appel à certaines qualités que le chercheur doit avoir pour mieux comprendre les réalités intérieures de la communauté en s'inspirant de Mucchielli (1991). Parmi ces qualités, nous avons privilégié notre capacité d'empathie, tout en nous

impliquant avec retenue, en évitant de nous engager émotionnellement. Nous avons constamment essayé de mettre en situation les différents éléments observés de même que le discours des participantes en allant souvent discuter avec les informateurs-clés identifiés pour éviter de comprendre les choses à partir de notre seul point de vue.

Nous avons rencontré quelques informateurs-clés (n=8) de la communauté pour des discussions qualifiées d'«informelles» dans le sens qu'elles sont ni planifiées ni enregistrées. Ces entrevues informelles ont été pour cette recherche d'une grande utilité puisqu'elles nous ont permis de comprendre certaines réalités des participantes qui relevaient souvent d'un système de pensée difficile à décoder. Elles duraient de 30 minutes à 1h 30 minutes. Ces informateurs-clés étaient : des professionnels de la santé en exercice, dont deux infirmiers et une sage-femme; une accoucheuse villageoise à la retraite; une dolotière; un tradipraticien; une femme de la communauté qui a un enfant de plus de deux ans; et un chargé de projet du PASME faisant partie de notre comité de suivi. Ces différentes personnes ont été choisies pour nous éclairer sur certains thèmes qui émergeaient lors des différentes entrevues faites avec les participantes de l'étude. La pertinence du choix de ces informateurs-clés pour cette recherche est présentée dans l'Annexe E.

#### **4.4.3 Le journal de bord**

Dans notre démarche ethnographique, un journal de bord a été tenu tout au long de notre immersion sur le terrain de l'étude pour relater le processus de la recherche et notre vécu en tant qu'apprentie chercheuse dans la communauté. Dans ce journal de bord, nous y inscrivions l'ensemble de nos observations faites durant les entrevues individuelles et celles informelles, mais aussi des observations générales faites sur le terrain de l'étude. Les différentes notes prises sont de nature descriptive, méthodologique et théorique en s'inspirant de la pensée de Deslauriers (1991) cité dans Baribeau (2005). Sachant que l'étudiante chercheuse est issue d'une culture autre que celle étudiée, il était fondamental de reconnaître que son bagage culturel, scientifique et épistémologique peut influencer la démarche interprétative de cette recherche. Avant l'immersion sur le terrain, l'étudiante chercheuse a longuement réfléchi à son influence sur la recherche. À ce sujet, Anadòn



(2006) note que : «considérant que le chercheur est un élément central de la recherche ethnographique, la réflexion sur son influence dans le processus de recherche est une stratégie de rigueur méthodologique» (p. 20). Tout compte fait, les questionnements, les attentes, les déceptions et les émerveillements ont été présents dans le journal de bord.

## **4.5 Analyse de données**

Nous avons employé l'analyse thématique proposée par Paillé and Mucchielli (2008) pour mener l'analyse des différentes données obtenues dans le cadre de cette recherche. Par définition, l'analyse thématique renvoie à repérer systématiquement, à regrouper et à examiner de manière discursive les thèmes émergeant dans un corpus qu'il soit des entretiens transcrits ou des notes d'observation ou tout autre document. Elle a deux fonctions qui sont le repérage des idées pertinentes en lien avec les objectifs de la recherche et la catégorisation qui est de relever des répétitions, des regroupements, des contradictions et des complémentarités entre les différents thèmes repérés (Paillé & Mucchielli, 2008). Ainsi, tel que le recommandent Miles and Huberman (2003), l'analyse des données pour cette étude a été réalisée en même temps que la collecte des données pour qu'elle soit «dynamique, en constante progression, alimentée en permanence par le travail sur le terrain» (p. 101). Pour arriver à analyser l'ensemble du corpus obtenu durant la collecte des données, nous avons procédé à différentes étapes dans le but de regrouper, de condenser et d'ordonner les différentes données.

Dans le processus d'analyse, de prime abord nous avons transcrit les enregistrements audio à la fin de chaque entrevue. Étant donné que l'interprète qui a travaillé avec nous est parfaitement bilingue, français et moré, la traduction et la transcription des entrevues ont été faites en même temps en français. Cette façon de faire constituait également la meilleure option compte tenu des ressources financières dont nous disposions pour cette recherche. Toutes les transcriptions ont été faites en duo: par l'interprète qui écoutait et traduisait les paroles des femmes du moré au français et par l'étudiante chercheuse qui dactylographiait ce que l'interprète traduisait. Ce travail en duo a permis à l'étudiante chercheuse d'approfondir avec l'interprète certaines idées qui ont été dites durant les

entrevues. Aussi, elle pouvait réfléchir avec l'interprète sur la façon de mener les autres entrevues et sur les non-dits durant les périodes de discussion avec les participantes. Une technique de validation a été adoptée pour vérifier si le travail traduction-transcription a été bien mené. Pour ce faire, avant la fin de la collecte des données à la dix-huitième entrevue précisément, l'étudiante chercheuse a rencontré un chargé de projet PASME qui est parfaitement bilingue, français et moré, pour faire vérifier auprès de lui si la traduction des propos que nous livraient les femmes durant les entrevues a été bien faite. Ainsi, nous avons sélectionné quelques extraits des entrevues que nous avons choisis par rapport à leur similarité ou leur contradiction, et nous avons demandé au chargé de projet de nous faire la traduction de ces extraits. Ensuite, nous avons procédé à une comparaison des traductions faites par le chargé de projet avec celles effectuées par l'interprète. En général, nous n'avons observé aucune grande divergence entre les deux traductions. Parfois, il y avait des divergences sur certains mots, mais le sens était le même après discussion sur ces contradictions. Dans ce sens, le chargé de projet nous a confié que le fait qu'il n'était pas présent au moment des entrevues pourrait être à l'origine des divergences notées sur certains mots, car en Afrique les femmes s'expriment avec des gestes. Certaines gestuelles pourraient changer considérablement le sens d'un mot. Cette explication nous a permis de croire que le fait que l'interprète a animé les entrevues et a traduit et transcrit les données en collaboration avec l'étudiante chercheuse était d'une grande valeur scientifique pour cette recherche. Cela garantissait la crédibilité des données, malgré l'éventualité de perdre le sens de certains mots quand on traduit des mots d'une langue à une autre. Cependant, tout au long de la traduction-transcription nous nous sommes efforcées à traduire littéralement les mots des participantes pour éviter toute déformation des propos des femmes et des expressions locales qui donnent vie au phénomène étudié. Dans la continuité d'ordonner les données qualitatives recueillies, les données et les notes de terrain de l'étudiante chercheuse ainsi que toutes entrevues réalisées sans enregistrement ont été retranscrites pour permettre une meilleure lisibilité.

Après que chaque entrevue ait été transcrite, nous avons procédé à la lecture continue des données. Le fait que nous soyons impliquées tant au niveau de l'animation des entrevues

que dans la transcription des données nous ont permis de nous imprégner des données obtenues. Toutefois, à chaque relecture des entretiens, des nouveaux éléments émergeaient.

Pour le choix des techniques, nous avons choisi d'utiliser le logiciel d'analyse de données qualitatives QDA Miner (Provalis Research, 2004).

Enfin, nous avons utilisé le type de thématization en continu pour mener une analyse fine et riche des données (Paillé & Mucchielli, 2008). Ce type de thématization consiste à attribuer des thèmes de façon continue et conjointement à construire un arbre thématique. Dans la construction de l'arbre thématique pour cette recherche, nous avons identifié les thèmes à la lecture de chaque document soumis à l'analyse, nous les avons regroupés sous des thèmes centraux et parfois nous avons fusionné certains thèmes identiques et pour finir nous les avons hiérarchisés (Paillé & Mucchielli, 2008). La construction de l'arbre thématique a été faite progressivement du début jusqu'à la fin de la recherche. Elle nous a permis, d'ailleurs, de bonifier la grille d'entretien et d'orienter les entretiens informels faites avec les informateurs-clés identifiés dans le cadre de cette recherche. Aussi, l'arbre thématique a été discuté avec la directrice de recherche de cette étude suite à une analyse préliminaire des données.

#### **4.6 Critères de scientificité**

Nous avons porté une réflexion attentive sur les différents critères de validation scientifique, notamment la crédibilité, la transférabilité, la constance interne et la fiabilité des données, pour apporter une rigueur méthodologique à cette recherche.

**La crédibilité:** Ce critère permet de vérifier la véracité des données et si les résultats de la recherche sont plausibles et pertinents pour les participants et pour les autres chercheurs (Dupéré, 2011). Pour y parvenir, nous avons procédé d'abord à recruter les femmes qui répondaient aux critères d'inclusion de cette recherche et les différentes stratégies de recrutement ont été discutées avec les partenaires terrain du PASME au Burkina Faso pour s'assurer de leur acceptabilité au sein du milieu de l'étude. Ensuite, durant chaque entretien avec les participantes, nous prenions le soin de nous présenter et de présenter le but et les

objectifs de cette recherche pour mettre en confiance les interviewées. De plus, nous nous assurons constamment de reformuler, de répéter et de résumer certaines paroles des participantes pour nous assurer que nous avons bien compris leurs pensées. Cette façon de procéder nous permet de valider les premiers thèmes qui émergeaient des entrevues individuelles avec les participantes qui, pour nous, sont les seules qui connaissent leur propre réalité et qui peuvent «approuver leur propre vécu» (Mucchielli, 1991). Hormis les entrevues individuelles, nous avons effectué différentes entrevues informelles avec des informateurs-clés de la communauté, incluant l'interprète, pour valider les différents résultats obtenus lors de l'analyse préliminaire des entrevues individuelles. Finalement, la méthode de la triangulation des différents outils de collecte des données a été menée durant l'analyse des données.

**La transférabilité:** Ce critère repose sur l'application limitée des résultats de cette étude à d'autres contextes (Gohier, 2004). Le milieu et le contexte de l'étude de même que les participantes et les informateurs-clés de cette recherche ont été bien décrits pour permettre une généralisation des résultats de cette étude à d'autres contextes semblables. Aussi, à travers l'échantillonnage de femmes qui ont vécu une situation de recours tardif aux soins prénatals, cette recherche a pu atteindre une diversité de thèmes entourant le non-recours aux soins prénatals tel que vécu dans la commune rurale de Kokologho. Ainsi, nous avons pu atteindre une certaine saturation empirique entourant le thème du recours tardif aux soins prénatals, ce qui confère à l'étude une généralisation analytique à d'autres contextes semblables à celui étudié.

**La constance interne:** Elle consiste à s'assurer de «l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques (le temps, par exemple, ou la personnalité du chercheur) (Gohier, 2004, p. 7). Pour ce faire, les méthodes et les outils de collecte des données ont été ajustés et administrés selon les réalités du milieu. En plus, la triangulation avec la directrice et la codirectrice de cette recherche pour confronter nos différentes significations du sens des données a été réalisée tout au long de la recherche.

**La fiabilité:** Elle «consiste en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur» (Gohier, 2004, p. 7). Bien que la neutralité soit impossible en recherche qualitative, ce critère a été assuré par une démarche honnête et transparente de l'étudiante chercheuse, en rapportant sans omissions les différentes démarches méthodologiques faites sur le terrain et en reconnaissant les biais qui ont eu effet sur la recherche. Elle a été garantie par la vérification de la qualité de la saisie des données ainsi que des codes ou thèmes qui ont émergé de l'analyse selon leur exhaustivité, leur pertinence, leur objectivité, leur homogénéité et leur efficacité à faire émerger des explications plausibles et objectives (L'Écuyer, 1987). De plus, nous nous sommes assurées de mener le plus fidèlement possible la traduction des entrevues du moré en français tout en privilégiant une technique de validation auprès d'un autre traducteur. La consultation fréquente de notre journal de bord ainsi que de notre directrice et notre codirectrice de recherche a apporté une réflexivité autour des thèmes qui ont émergé durant l'analyse des données.

#### **4.7 Considérations éthiques**

D'emblée, dans cette étude la dignité humaine de chaque participante a été préservée à travers leurs intérêts physiques, psychologiques et culturels. Aucune dimension de l'étude n'a nui de quelque façon aux personnes qui ont participé à cette étude. De ce fait, la participation à l'étude a été faite sur base volontaire. Chaque participante a été informée du but et des objectifs de la recherche, des risques et des avantages à y participer. La participation à un entretien n'a accordé aucun privilège ni aucun désavantage particuliers aux participantes.

Nous avons proposé un consentement verbal enregistré et un consentement écrit (Annexe F), l'ensemble des femmes rencontrées a opté pour le premier. Cela s'explique par le fait que les femmes sont dans la majorité analphabètes et les quelques femmes instruites ont préféré le consentement verbal. Le formulaire de consentement a été lu au début de chaque entrevue individuelle. Pour l'enregistrement des entrevues, nous avons demandé le consentement des femmes, en cas de refus l'entrevue a été réalisée sans enregistrement et des notes ont été prises par conséquent. Pour l'observation participante, il a été notifié à la

communauté notre position d'étudiante chercheuse ainsi que des objectifs de notre recherche tout au début de notre immersion.

Les différentes données incluant les consentements verbaux des participantes ont été conservées par l'étudiante chercheuse avec précaution sous une clé USB protégée par un mot de passe. Toute participante a été libre de se retirer en tout temps du projet, et ce, sans avoir à se justifier. De plus, nous avons fait signer un formulaire de confidentialité à l'interprète (Annexe G) étant donné qu'elle était la seule personne à participer au recrutement et aux entrevues. Pour assurer la confidentialité, les noms des participantes ne paraîtront dans aucun rapport. Lors de la diffusion des résultats dans les publications dans une revue scientifique, lors des présentations dans des colloques ou congrès scientifiques, nous porterons une grande attention à ce qu'aucune participante ne puisse y être identifiée ou reconnue. Afin de préserver l'anonymat, un nom fictif ou un code seront utilisés sur les différents documents. Les données sont gardées en lieu sûr et elles seront détruites à la fin de l'étude. Aucune participante n'a été dédommée pour cette étude.

Le comité de suivi de cette recherche garantissait un contrôle éthique permanent de la démarche. Les personnes constituant ce comité avaient la responsabilité de donner leur avis sur la recherche et d'évoquer les problèmes moraux qu'elle peut soulever. Également, cette recherche a été approuvée par le comité de recherche en santé du Burkina Faso (délibération n° 2013-10-092) et le comité d'éthique de l'Université Laval (n° d'approbation 2013-179 / 18-09-2013).

#### **4.8 Diffusion des résultats**

Concernant la diffusion des résultats, diverses stratégies ont été envisagées, notamment des présentations orales au Burkina Faso et au Canada et un article scientifique a été soumis pour publication pour faire état de nos résultats. Aussi, un cahier de recommandations issu des résultats de cette recherche a été soumis au PASME qui a envoyé une volontaire au Burkina Faso qui tentera sa mise en œuvre en établissant le dialogue avec différents acteurs ciblés par cette étude, dont les décideurs politiques, les gestionnaires et professionnels de la santé et les communautés.

## **Chapitre 5 Résultats descriptifs et de contenu**

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des données qualitatives en fonction des objectifs de recherche. Dans la première section seront décrites les caractéristiques des participantes. La deuxième section présente les résultats obtenus en lien avec le premier objectif qui était de décrire l'expérience et la perception de la grossesse et du parcours de soins prénatals des femmes rencontrées. Le deuxième objectif sera présenté sous forme d'article scientifique dans la troisième section, il documente les raisons du non-recours aux soins prénatals. Finalement, dans la quatrième et dernière section nous présentons les pistes de solution émanant des participantes pouvant améliorer le recours effectif aux soins prénatals dans la commune de Kokologho. Tout au long de la présentation des résultats, certaines interprétations émergentes des paroles des participantes seront soutenues ou infirmées, au besoin, par l'analyse que nous avons faite des entrevues informelles et parfois de nos propres observations sur le terrain de l'étude. Il est à noter que les soins prénatals ou les CPN sont appelés dans le milieu de l'étude par le terme «pesée» ou «peser» qui sera retrouvé dans les différents extraits de parole des femmes interviewées.

### **5.1 Résultats descriptifs : caractéristiques des participantes à l'étude**

Rappelons que vingt-deux entrevues ont été réalisées avec des femmes qui ont recouru au-delà des trois premiers mois de grossesse comme recommandé par les soins prénatals focalisés en vigueur au Burkina Faso. Le profil sociodémographique et périnatal des participantes a été établi à travers l'âge, l'origine ethnique, le lieu d'habitation, la situation socio-économique, le nombre de grossesses et la situation de non-recours aux soins prénatals des participantes. Ces différentes données seront présentées dans le Tableau 1.

Les participantes de cette étude sont âgées de 18 à 40 ans au moment de leur dernière grossesse. Nous avons considéré l'âge des femmes au moment de leur dernière grossesse au lieu de leur âge au moment du recrutement, étant donné que la majorité des participantes ne connaissaient pas leur âge exact. De ce fait, nous nous sommes fiées à l'âge inscrit par le professionnel de la santé dans le carnet de maternité de la dernière grossesse, il correspond

à l'âge de la femme au moment de la première CPN. Considérant que certaines participantes ont été en grossesse au cours de l'année précédant le recrutement (en 2012) et d'autres au moment même du recrutement (en 2013), l'âge de la femme à la dernière grossesse semble adéquat puisqu'il ne varie pas de plus d'un an par rapport à l'âge exact de la femme au moment du recrutement. Lors du recrutement, plusieurs participantes avaient des enfants âgés de 1 à 6 mois (n=16) et de 6 à 12 mois (n=3) et d'autres participantes étaient en état de grossesse de 6 mois et plus (n=3). Ainsi, la distribution de l'âge à la dernière grossesse des femmes recrutées se présente comme suit : de 18 à 20 ans (n=4), de 21 à 25 ans (n=6), de 26 à 30 ans (n=6), de 31 à 35 (n=3) et de 36 à 40 (n=3).

Les femmes recrutées appartiennent à deux ethnies, les Mossi (n=20) et les Peules (n=2) et elles habitent dans six villages de la commune, dont Kokologho, Basziri, Pitmoaga, Sakoinzé, Nongomto et Mokin.

La question portant sur l'occupation des participantes n'a pas été facile durant la collecte des données, en effet les femmes ont souvent plusieurs occupations qui changent en fonction des saisons. L'agriculture demeure la principale activité des femmes mossi, cependant durant la saison sèche certaines femmes mossi ont des occupations diverses. Treize femmes mossi sur vingt ont affirmé pratiquer l'agriculture comme activité principale et exclusive et elles n'ont pas d'occupation stable durant la saison sèche, elles peuvent parfois vendre des produits, comme la nourriture, le bois ou les animaux pour subvenir à des besoins immédiats. Le reste des femmes mossi (n=3) exercent des activités de commerce durant la saison sèche et d'autres sont des ménagères (n=4). Toutefois ces femmes cultivent durant la saison des pluies avec le chef de ménage ou avec leurs parents (pour celles qui vivent chez leurs parents). Toute occupation rémunératrice durant la saison sèche permet aux femmes rencontrées de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Les femmes qui ne réussissent pas à avoir une activité rémunératrice durant la saison sèche restent à la maison pour s'occuper des tâches ménagères. Concernant les participantes peules, elles sont des ménagères tout au long de l'année. Elles effectuent des tâches familiales et s'occupent de leurs animaux, parfois elles vont vendre le lait au marché. Les différentes occupations de l'ensemble des femmes nous informent sur leur niveau économique, elles ont généralement un profil socio-économique très faible et souvent leur



chef de ménage n'a pas non plus de grands moyens financiers. En plus, les femmes n'ont aucune protection sociale telle que l'assurance maladie. Concernant leur niveau d'instruction, la majorité n'est pas scolarisée (n=16), d'aucunes ont des niveaux d'étude élémentaire (n=4) et secondaire (n=2).

Le statut matrimonial des femmes a été déterminé selon quatre types : célibataire, mariage coutumier<sup>20</sup>, mariage religieux et mariage civil. Ces différents types semblent importants dans la communauté. Le mariage coutumier n'est valable que pour les Mossi. Les participantes peules se sont mariées religieusement ce qui est coutume dans cette ethnie. Douze participantes ont fait un mariage coutumier; quatre ont fait un mariage religieux; trois ont affirmé être célibataires; deux ont affirmé vivre en concubinage avec l'homme avec qui elles ont un ou des enfants sans être mariées; seulement une s'est mariée civilement.

En ce qui concerne le nombre de grossesses que les participantes ont eu jusqu'au jour de la collecte des données, nous avons réussi à avoir l'information avec dix-neuf participantes, trois participantes n'ont pas donné cette information. Pour les dix-neuf participantes, la distribution du nombre de grossesses s'étale d'une à huit grossesses. En outre, la population de notre étude est composée de femmes qui ont recouru à leur première CPN entre le cinquième et le huitième mois de grossesse.

---

<sup>20</sup> Le mariage coutumier réfère à la remise de la dot à la future mariée et à la rencontre des deux familles ou des deux clans, de la mariée et du marié. Cependant, la procédure du mariage peut varier selon les ethnies.

**Tableau 1 : Profil sociodémographique et périnatal des participantes**

<b>Caractéristiques</b>	<b>N</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>N</b>
Âge à la dernière grossesse		Statut matrimonial	
18 à 20 ans	4	Célibataire	3
21 à 25 ans	6	Concubinage	2
26 à 30 ans	6	Mariage coutumier	12
31 à 35 ans	3	Mariage religieux	4
36 à 40 ans	3	Mariage civil	1
<b>Total</b>	<b>22</b>		<b>22</b>
Lieu d'habitation		Occupation	
Kokologho	11	Cultivatrice	13
Sakoinsé	4	Commerçante de divers produits	1
Basziri	2	Vendeuse de potasse et de bois	1
Pitmoaga	2	Vendeuse de beignets	1
Nongomto	2	Ménagère	6
Mokin	1		
<b>Total</b>	<b>22</b>		<b>22</b>
Ethnies		Nombre de grossesses (3 femmes n'ont pas répondu)	
Peul	2	1	5
Mossi	20	2	4
		3	2
		4	1
		5	3
		6	1
		7	1
		8	2
<b>Total</b>	<b>22</b>		<b>19</b>
Niveau d'instruction		Recours CPN1 en mois	
Aucun	16	5 <sup>e</sup>	9
Primaire	4	6 <sup>e</sup>	6
Secondaire	2	7 <sup>e</sup>	6
		8 <sup>e</sup>	1
<b>Total</b>	<b>22</b>		<b>22</b>

## **5.2 Expérience et perception de la grossesse et des différentes sources de soins**

Comme nous venons de l'annoncer, dans cette partie seront présentés les résultats d'analyse concernant le premier objectif poursuivi par cette recherche. Nous présenterons dans une première section le vécu et la perception de la grossesse des participantes de notre étude et ensuite dans une deuxième section les résultats entourant la perception de leur état de santé et le recours à divers types de soins. Chaque grand thème comporte des sous-titres qui dévoilent l'analyse approfondie.

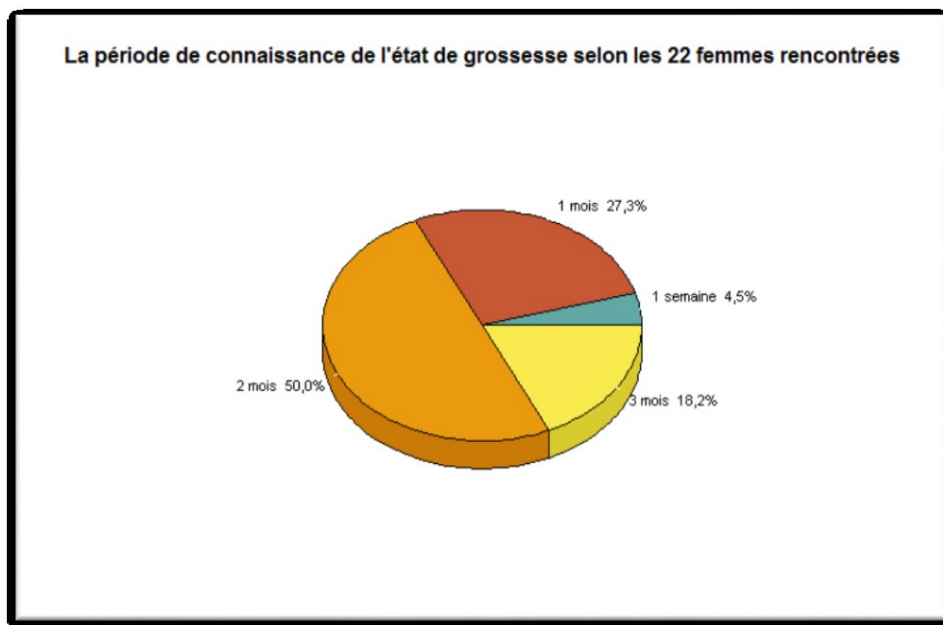
### **5.2.1 Vécu et perception de la grossesse**

L'expérience de la grossesse de même que le regard des participantes sur leur grossesse sont présentés en quatre parties: la connaissance de la grossesse; l'influence des normes sociales sur la planification, le désir et la perception de la grossesse; et les prescriptions et proscrits comportementales et alimentaires.

#### **La connaissance de la grossesse**

Quand nous leur avons posé la question à savoir le moment qu'elles ont su leur grossesse, toutes les participantes ont répondu être au courant durant le premier trimestre de la grossesse comme l'illustre la Figure 3. Certaines femmes répondaient avec exactitude: «à un mois seulement»; «à deux mois»; «c'était arrivé à trois mois»; «c'est quand le mois est passé seulement»; tandis que d'autres donnaient une période approximative : «ça ne dépassait pas un mois»; «deux mois, d'ailleurs même ça n'atteignait pas les deux mois».

Figure 3 Connaissance de la grossesse en pourcentage



Pour la plupart des femmes rencontrées, la certitude de la grossesse s'est faite sans aucune expertise médicale, elles se fiaient généralement à certains signes annonciateurs de la grossesse. L'arrêt des règles appelées dans le langage des femmes la «*période*» ou le «*lavage*» a été le plus nommé par la majorité des participantes: «*Comme on voyait notre période et on ne voit plus, c'est pour ça durant les deux mois, seulement j'ai su, que c'était une grossesse*» (F8, 26 ans). D'autres femmes ont, également, évoqué le dégoût de certains aliments, le fait de tomber malade ou d'avoir des vomissements ou des nausées : «*C'est lorsque la période s'arrête, jusqu'à deux mois sans venir et puis tu es malade et pourtant tu n'étais pas malade durant les deux mois tu es malade, tu marches, tu fais souvent des modèles- modèles, c'est en ce moment que je sais que je suis enceinte*» (F16, 30 ans). Deux participantes qui étaient à leur première grossesse, malgré quelques signes annonciateurs ont eu la certitude de leur grossesse avec l'aide d'un professionnel de la santé ou de leur belle mère : «*C'est quand ça ne venait pas seulement je suis allée demander aux agents de santé et on m'a dit que c'est une grossesse*» (F22, 19 ans); ou «*Tu peux préparer riz tu ne veux pas, sauce tu ne manges pas. [Elle en a alors parlé avec sa belle-mère] J'ai dit wôh<sup>21</sup> même si je fais nourriture wôh je ne veux pas, elle aussi [sa belle-mère], elle dit wôh que*

<sup>21</sup> «*Wôh*» est une expression que l'on retrouve souvent dans les paroles des femmes qui vivent au village.

*peut être c'est grossesse»* (F18, 18 ans). Par contre, seulement deux participantes ont su leur état de grossesse au centre de santé. Ces femmes ne s'attendaient pas à leur grossesse et elles étaient très malades durant les premiers mois de leur grossesse, c'est quand elles sont parties pour se soigner au centre de santé qu'on leurs a notifié qu'elles étaient enceintes. Pour une de ces femmes, la connaissance de sa grossesse a été une grande surprise puisque son premier et dernier enfant avait dix ans au moment de sa dernière grossesse :

*À vrai dire là quand j'ai pris cette grossesse-là, non c'est quand ça commençait que je vomissais et ça aussi comme j'ai duré avant de prendre une grossesse, je ne savais même pas que c'était comme ça même, quand j'étais très malade et je suis venue au centre de santé et on m'a dit que c'est une grossesse, mais moi j'ai refusé que ce n'était pas une grossesse, si ce n'est pas quand c'est devenu être humain qui est dans le ventre et puis j'ai cru (F 7, 22 ans).*

### **Influence des normes sociales sur la planification, le désir et la perception de la grossesse**

La planification de la grossesse, dans la perspective des personnes rencontrées dans la commune de Kokologho, ne signifie pas le fait d'organiser le moment de la grossesse selon un plan bien déterminé, mais elle semble répondre à des logiques sociales. La grossesse doit, de prime abord, être socialement acceptée et attendue par les membres de la communauté à travers les normes qui régulent l'enfantement. Ces normes sont sous-jacentes aux normes de la sexualité. En effet, les rapports sexuels ne sont pas autorisés pour tout le monde, ils restent un acte «sacré» réservé à certains groupes de femmes et ont pour finalité l'enfantement et non le plaisir sexuel (Informateur-clé: Infirmier). Ils sont régulés par un ensemble de normes explicites et implicites qui donnent droit aux femmes d'être enceintes selon leur âge, leur statut social, leur statut matrimonial ou l'espacement de leurs grossesses (Informateurs-clés : Infirmier, Dolotière). La planification de la grossesse dictée par les normes sociales est alors importante puisqu'elle influence considérablement la perception qu'auront la femme et les membres de sa communauté sur la grossesse. D'un autre côté, la grossesse doit être voulue et planifiée psychologiquement par la femme, elle doit s'attendre à être enceinte. La planification psychologique de la grossesse de même que

l'influence des normes sociales entourant la grossesse ressortent comme des éléments clés du bon déroulement de la grossesse pour les femmes rencontrées.

D'après nos échanges et nos observations, dans la conception culturelle en vigueur dans la région, toute femme mariée planifie psychologiquement de tomber enceinte et la communauté s'attend à ce qu'elle enfante. Le désir d'enfant demeure fondamentalement naturel et obligatoire pour la plupart des femmes et hommes que nous avons rencontrés lors de la collecte des données. La femme n'atteint son aboutissement social qu'en étant mère. De ce fait, vouloir un enfant n'est pas questionnable pour la plupart des participantes de cette étude. La grossesse est considérée par les participantes comme étant de la «*nature de l'homme et de la femme*» ou d'un «*don de Dieu*». Elle témoigne de la fertilité de la femme et elle est source de prospérité dans la famille, car une femme stérile est très mal vue dans la société (Informateur-clé: Interprète). Pour plusieurs participantes qui sont mariées et sont âgées de 18 à 35 ans, leur grossesse a été voulue, elles s'y attendaient. Ces femmes perçoivent positivement leur grossesse de même que leur entourage, puisque selon les normes sociales et culturelles le désir de tomber enceinte est implicite au mariage.

Toutefois, pour certaines femmes mariées, le désir d'enfanter et la planification dictée par les normes sociales ne signifient pas nécessairement qu'elles vont percevoir de façon positive leur grossesse. La grossesse sous-entend l'acte sexuel, elle reflète un discours sur la sexualité et des normes qui la régulent. Ainsi, les jeunes femmes mariées perçoivent leur grossesse comme étant «honteuse», car elle révèle au grand jour qu'elles ont eu des rapports sexuels. Pour ces femmes, le sentiment de honte n'est pas infligé par les autres à travers des actes bien définis, comme les paroles blessantes, mais il est imaginé à travers la présence et le regard des autres :

*Ah comme c'est grossesse de jeune fille [elle parle de sa deuxième grossesse], c'est la honte. [nous lui avons demandé s'il y avait des personnes qui disaient du mal de sa grossesse elle répondit ce qui suit] Non, ce n'est pas comme quelqu'un qui parle, c'est moi-même, j'imagine, seulement, quand je sors c'est la honte avec moi» (F7, 22 ans).*

Ce sentiment de honte n'est pas seulement lié à la sexualité, mais elle se rapporte dans un sens microscopique au regard que portent les femmes sur leur corps. Certaines participantes ont un sentiment de pudeur sur leur corps qui définit leur rapport avec elle-même et avec les autres. Pour une des participantes, *«toute femme a honte»* et *«même si elle n'est pas en grossesse, tout est honte»* (F18, 18 ans). Ce sentiment de pudeur sur le corps n'est pas seulement valable pour les jeunes femmes, mais il a été remarqué chez les femmes plus âgées multipares, pour qui le fait de parler de leur grossesse et de tout ce qui se rapporte à leur corps était tout à fait gênant.

D'ailleurs, le désir d'enfant qui est naturel pour toute union entre l'homme et la femme se heurte parfois à des normes sociales qui régulent la vie sexuelle des femmes. Ces normes établissent le droit d'enfanter à certaines catégories de femme. Les célibataires, les femmes âgées de 40 ans et les femmes qui ont eu une grossesse récente ne doivent pas enfanter selon les normes sociales et culturelles. Tomber enceinte pour ces femmes qui ne doivent pas concevoir d'enfant à une période de leur vie les expose à des vulnérabilités sociales, psychologiques et économiques et à une façon particulière de vivre et de percevoir leur grossesse. Toutes les participantes qui sont dans une des catégories des femmes qui ne doivent pas enfanter à une période de leur vie perçoivent leur grossesse comme étant une honte, car elles ne la désirent pas et ne s'y attendaient pas. Ce sentiment de honte qu'elles portent sur la grossesse les pousse à vivre différemment cette période en cachant leur grossesse, en tout cas jusqu'à qu'elle se dévoile d'elle-même, à leurs proches et à toute la communauté; et, comme nous le verrons dans la section 5.2.2 qui traite de l'objectif 2, il influence le recours tardif aux services de soins prénatals. Ce sentiment de honte n'est pas uniforme pour toutes les femmes, il revêt différentes formes en fonction du statut de la femme dont il est question.

*Pour les femmes célibataires.* Étant donné que les rapports sexuels sont prohibés pour elles, les participantes de cette étude qui ont eu une grossesse hors mariage déclarent avoir eu honte de leur grossesse et elles n'étaient pas contentes quand elles ont su qu'elles étaient enceintes. Le désir d'enfant n'a pas été le but des relations qu'elles ont eues avec un homme, ainsi leur grossesse n'a pas été planifiée ni psychologiquement ni encouragée socialement, ce qui les expose à toutes formes de vulnérabilités. En effet, la grossesse les expose à

diverses difficultés, dont le risque d'être reniée par leur famille, l'abandon de l'école, les injures ou moqueries des autres membres de la communauté, ou la négociation, parfois difficile, de la paternité de l'enfant avec l'amant. Pour ces femmes, ne pas désirer leur grossesse trouve explication aux faits de ne pas être mariées et d'avoir transgressé la norme en ayant eu des rapports sexuels sans qu'un mariage soit fait au préalable. Pour une des participantes célibataires, le désir de la grossesse ne s'est fait ni avant la conception ni au moment qu'elle a su son état, mais il s'est forgé à travers différents facteurs hors de sa portée. Se réjouir de sa grossesse dépendait de la négociation de la paternité de l'enfant, subséquemment il prend essence avec l'acceptation de la grossesse par le père de l'enfant : *«J'étais contente, mais là où j'avais peur que le père de l'enfant..., comme..., ce que je voulais s'il accepte prendre que c'est sa grossesse, donc ça, c'était une joie, mais si tu pars lui dire il dit que ce n'est pas sa grossesse ça c'est une tristesse, en ce moment tu ne sais plus ce que tu dois faire»* (F3, 22 ans). Pour une autre femme célibataire, le fait de tomber enceinte ne la réjouissait pas même si le père de l'enfant a fini par accepter la grossesse après un premier refus, car elle perdait avec la grossesse son statut d'élève : *«Je n'étais pas contente. [...] J'étais à l'école c'est à cause de ça»* (F9, 25 ans).

La grossesse n'est pas désirée dans la majorité des cas par les mères célibataires, selon une de nos informatrices-clés (Sage-femme). Selon elle, comme l'avortement est interdit au Burkina Faso, les femmes qui ne désirent pas leur grossesse sont obligées de la garder ou de recourir à l'avortement clandestin. Pour celles qui décident de garder leur grossesse, l'acceptation de la grossesse par la femme comme par la famille passe en quelque sorte par la reconnaissance du père de la paternité du futur enfant. Nonobstant l'acceptation de leur grossesse, le dévoilement de la grossesse expose les femmes célibataires à la honte ou à l'humiliation qui se traduisent par des reproches et des paroles blessantes des membres de leur famille et de leur communauté. Une des femmes célibataires en témoigne par ces propos : *«Ils vont parler même le vieux là [son père] il..., le vieux, il parle [elle marque un silence, on lui a demandé qu'est-ce que le vieux disait et là elle continue]. Que de laisser école là et puis de faire grossesse, des bêtises»* (F 9, 25 ans).

Ces femmes perçoivent ainsi leur grossesse comme étant une honte par rapport à leur famille et leur réputation dans la communauté risque d'être atteinte. Ces différentes raisons



les poussent à cacher leur grossesse pour ne pas s'exposer à des difficultés sociales et économiques. En effet, les conséquences sociales et économiques de la grossesse chez les femmes célibataires s'expliquent par le fait que chez les Mossi<sup>22</sup>, la femme qui tombe enceinte hors mariage ne doit pas accoucher dans la maison de ses parents (Informateurs-clés : Interprète, Chargé de projet PASME). De ce fait, toutes les participantes célibataires ont quitté la maison de leurs parents dès que le père de l'enfant a accepté la grossesse. Elles partent vivre avec l'homme et souvent même à l'extérieur du village pour fuir le regard des autres :

*Lorsque j'ai pris cette grossesse, quand j'ai su que j'étais enceinte j'avais caché à mes parents, je ne voulais pas accepter dire à mes parents jusqu'à trois mois.[...] Donc, lorsque la grossesse a atteint cinq mois à six mois le vieux [son père] ne savait pas.[...] Donc, le père de l'enfant est venu me dire que lui il sait que je suis enceinte et qu'il sait que la grossesse lui appartient et il m'a prise, j'ai quitté chez mes parents en cachette sans qu'ils soient au courant et il m'a pris emmené à Ouaga [...] (F3, 22 ans);*

*J'étais avec mon papa, ma mère n'était pas à la maison. Comme c'est le vieux [son père] il n'a pas su. Pendant les vacances, j'ai demandé une permission pour aller faire mes vacances à Ouaga, quand je suis venue je ne suis pas repartie au village, je suis restée avec lui [le père de son enfant] (F9, 25 ans).*

*Pour les femmes âgées de 40 ans.* Pour ces femmes, la grossesse a été d'une grande surprise, puisqu'elles ne s'attendaient pas à leur âge de tomber enceinte. Pensant avoir fini d'enfanter, leur grossesse n'est ni désirée ni planifiée, en outre elle est une honte puisqu'elles ont le sentiment dicté par la pensée commune qu'à leur âge elles ne doivent plus enfanter. Une femme de 40 ans dit à ce propos ceci : « *c'est mon accouchement-là qui est mauvais accouchement, sinon le grand frère de lui-là fait CM2 [5<sup>e</sup> année primaire] cette année, donc moi je ne pensais même plus que j'allais accoucher encore, donc c'est pour ça la honte était si grande avec moi* » (F15, 40 ans).

Ce manque de désir d'enfanter pour ces femmes âgées serait de l'ordre culturel selon trois de nos informateurs-clés (Chargé de projet, Infirmier et Dolotière). En effet, dans la tradition mossi particulièrement, une femme qui a un certain âge ne doit plus enfanter, car elle doit s'occuper de ses petits-enfants. Elle acquiert avec l'âge un autre statut social qui lui

---

<sup>22</sup> Toutes les participantes qui ont eu une grossesse en étant célibataires sont des Mossi.

retire son statut de femme mère. Étant donné que les femmes ont des enfants très jeunes, arrivées près de la quarantaine, elles ont des belles-filles ou des filles qui ont commencé leur vie génésique. Ces femmes âgées communément appelées dans la région «*les vieilles*» doivent à travers leurs expériences de mère aider leur belle-fille ou leur fille à accoucher et à prendre soin de leurs enfants. De ce fait, pour les femmes rencontrées, tomber enceinte les expose à des moqueries au sein de leur communauté. Une des femmes en témoigne ainsi :

*On dit que tu es devenue vieille, si des gens sont assis au nombre de trois ou combien, quand tu marches on rit de toi [Rire], on rit de toi en disant [Rire] que toi une vieille comme ça au lieu de laisser, de te reposer et de s'occuper de tes enfants que tu as accouchés tu es toujours là tu accouches. [...] Quelqu'un peut te dire qu'une vieille de ton âge veut accoucher encore [Rire], on dit de faire la planification vous ne voulez pas accepter. (F19, 40 ans).*

En outre des moqueries qui peuvent les fragiliser socialement, certaines femmes rencontrées vivent une déstabilisation économique puisqu'elles ne peuvent pas travailler adéquatement dans les champs agricoles. Une femme nous a confié n'avoir pas eu de quoi manger durant et après sa grossesse puisqu'elle n'a pu cultiver que très peu et elle s'est débrouillée tout au long de l'année pour satisfaire ses besoins vitaux et ceux de ses enfants. Malgré cela, certaines personnes utilisaient cette vulnérabilité pour se moquer d'elle sans compassion :

*D'autres aussi disent que j'ai vieilli et que je fais le malin et j'ai pris la grossesse, mais je vais savoir avec la saison pluvieuse là, vous-même vous savez qu'à la saison pluvieuse chacun montre sa force avec les travaux, on dit que je n'ai pas la force j'accouche que je vais voir pendant la saison là. Tout ça, ce ne sont pas de mauvaises paroles? [Rire] (F15, 40 ans).*

Ce discours porté sur la grossesse des «*vieilles*» est teinté non seulement d'un discours populaire issu des normes culturelles, mais également d'un discours médical qui prône les bienfaits de la planification familiale et du risque pour la femme âgée de tomber enceinte. Certaines participantes nous ont notifié que parfois les agents de santé grondent les femmes âgées qui accouchent, car on leur reproche d'avoir eu des grossesses tardivement. Donc, les moqueries ou les jugements portés sur la grossesse d'une «*vieille*» ne sont pas uniquement des discours issus de la communauté, mais également des centres de santé. Il est difficile,

cependant, de définir clairement le clivage existant entre les normes culturelles et les normes médicales, car elles s'imbriquent dans les discours des participantes :

*Parce que j'ai déjà vu une femme qui était vers chez nous, lorsqu'on parle des maladies là et qui font vieillir vite, elle aussi, elle était malade la femme-là..., lorsque la femme-là est venue si tu vois comment elles [les sages-femmes] ont parlé à la femme : qu'elle a vieilli et puis elle continue d'accoucher. Pourtant le nombre des enfants de la femme ne dépassait pas quatre, c'est la grossesse qu'elle tenait là qui allait faire son cinquième enfant et elles [les sages-femmes] disent que la femme a vieilli et elle continue d'accoucher et pour moi aussi à la maison on parlait ainsi, ça fait que j'avais honte et j'ai dit que je ne sors pas [Rire]. (F15, 40 ans).*

Les femmes âgées portent un regard sur leur grossesse qui est teinté par les discours des autres, ce qui les emmène à qualifier leur grossesse comme étant «*mauvaise*». Pour ce faire, elles cachent leur grossesse pour se protéger des paroles et des regards des autres. Différents moyens sont déployés par certaines femmes pour dissimuler leur grossesse à leur communauté afin d'échapper aux moqueries ou autres actes déplaisants. Certaines portaient des «*habits gros, gros*» ou d'autres décidaient tout simplement de rester à la maison et de ne plus sortir les jours de fête ou de marché. Une des participantes a même considéré son atout physique de ne pas avoir un «*ventre de sable*» voulant dire un gros ventre comme étant bénéfique puisqu'elle pouvait cacher sa grossesse aussi longtemps qu'elle pouvait.

*Pour les femmes qui ont des grossesses rapprochées.* Dans la catégorie des femmes qui ne peuvent pas enfanter à un moment donné de leur vie, se retrouvent les femmes qui au moment de leur grossesse leur dernier enfant est perçu comme étant «*petit*». En effet, pour certaines participantes de cette étude, l'âge du dernier enfant semble déterminant dans la façon dont se déroulera leur grossesse, il variait d'un à quatre ans. Cependant, ce n'est pas l'âge qui détermine si l'enfant est petit ou non, mais plutôt l'autonomie de l'enfant. Pour certaines femmes, leur dernier enfant tétait toujours et pour d'autres il a été sevré<sup>23</sup>, mais il ne marchait pas, donc le fait que l'enfant ne peut pas vaquer tout seul à ses occupations lui donne le caractère d'être «*petit*» et dépendant. Ainsi, ces femmes ne désirent pas de leur grossesse pour multiples raisons. D'une part, elles considèrent que leur dernier enfant est

---

<sup>23</sup> Il faut noter que chez certaines femmes mossi le sevrage a lieu quand l'enfant a entre trois ou quatre ans.

«*trop jeune*» et il est «*fragile*» pour qu'elles accouchent encore, elles ont peur que ce dernier enfant «*tombe malade*» ou qu'il «*meure*». D'autre part, elles ont peur du regard que porteront leurs voisines ou les professionnels de la santé sur leurs grossesses rapprochées. Ces différentes craintes peuvent être comprises à travers les croyances culturelles. Selon beaucoup de participantes mossi, si l'enfant tète et que sa mère tombe enceinte, cela peut le rendre vulnérable. Certains termes sont utilisés pour qualifier cette vulnérabilité du dernier enfant: «*l'enfant peut souffrir et faire souffrir la mère*», «*l'enfant peut tomber malade ou même mourir*», «*l'enfant fait souvent la diarrhée*». Ces croyances s'expliquent par le fait que chez les Mossis, la femme qui prend une grossesse et qui allaite un enfant doit arrêter l'allaitement pour sauver le dernier enfant (Informateur-clé: Interprète). De fait, la femme mossi ne peut avoir un autre enfant que si le précédent enfant peut parler et marcher (Informateur-clé: Infirmier). Selon un chef de village rencontré dans la communauté, chez les Mossi, traditionnellement l'espacement des naissances doit être de trois ou quatre ans selon si le dernier enfant est un garçon ou une fille. Ainsi, pour pratiquer l'espacement des naissances, le couple s'abstenait de toute relation sexuelle (Informateur-clé : Infirmier). Les femmes qui ne respectent pas cette tradition d'espacement des naissances et qui tombent enceintes ont tendance à avoir honte de leur grossesse et vivent constamment durant cette expérience des moqueries de la part des autres femmes. Pour une des participantes qui a eu des grossesses rapprochées, elle entendait souvent les autres lui dire à propos de son dernier enfant: «*que ce n'est pas arrivé...que c'est encore petit. (...) Ils disent que c'est proche, que tu dois bien t'occuper de l'enfant pour qu'il soit bien.*» (F21, 29 ans).

L'utilisation des méthodes contraceptives reste encore faible dans la commune rurale de Kokologho, le moyen de contrôler les naissances demeure l'abstinence. De ce fait, nous retrouvons dans les idées communes des participantes que la femme doit être capable de se contrôler, elle ne doit pas rejoindre l'homme et le provoquer, elle doit avoir la morale «maternelle» de ne pas faire «*souffrir*» son enfant qu'elle doit protéger. Elle doit alors s'abstenir à tout acte sexuel, comme en témoignent certaines paroles des femmes rencontrées: «*Ça peut être le fait que tu n'as pas pu te contrôler. [...] C'est le fait que l'enfant n'est pas arrivé, ça va lui faire souffrir et te faire souffrir aussi, c'est pour ça on dit de te contrôler jusqu'à trois ans en ce moment l'enfant aussi est en bien forme.*» (F20, 35

ans); ou «*Ah, c'est parce que tu ne te maîtrises pas que c'est toi qui pars rejoindre le monsieur*» (F21, 29 ans).

Cependant, cette conception culturelle de l'écart des naissances existe en parallèle avec le discours sur la planification familiale. Pour une femme peule qui espaçait ces quatre grossesses antérieures d'un à deux ans, même si son dernier enfant avait quatre ans quand elle a pris sa dernière grossesse, elle avait peur du regard des autres. Selon elle, quand les enfants sont espacés de deux ans les gens commencent à parler, raison pour laquelle comme elle n'avait pas fait la planification familiale elle avait peur des reproches que lui feront les «*Grandes personnes*<sup>24</sup>» sur sa dernière grossesse. Selon elle, les gens peuvent te dire que : «*tu es pressée, que les deux ans, deux ans là en tout cas...*» (F17, 26 ans).

Les discours découlant de la culture et du système médical semblent alimenter le sentiment de honte des femmes sur leur grossesse et semblent exercer une forme de contrôle social informel dans la communauté. Cela se ressent dans certaines paroles des femmes : «*Le fait que les gens vont parler que l'enfant n'a pas trois ans c'est pour ça moi aussi j'avais honte.*» (F20, 35 ans). De ce fait, certaines femmes ont tendance à se replier sur elles-mêmes et par conséquent elles ne recourent tardivement aux services de soins prénatals comme nous le verrons dans la section 5.2.2.

### **Le soutien social pendant la grossesse**

Beaucoup de femmes n'ont reçu aucun soutien durant leur grossesse, car elles n'ont pas informé de leur grossesse à quelqu'un. Pour certaines, le fait d'être dans une situation qui les oblige à cacher leur grossesse (les femmes célibataires, les femmes âgées et les femmes qui ont des grossesses rapprochées) fait en sorte qu'elles n'informent personne ou seulement quelques personnes de leur grossesse. Conséquemment, elles ne reçoivent pas d'aide ou de conseil de la part de leurs familles, de leurs amies ou voisines.

---

<sup>24</sup> Les «Grandes personnes» est une expression au Burkina Faso qui veut dire les intellectuels, dans ce contexte la femme voulait parler des professionnels de la santé.

Hormis ces femmes qui ont des contraintes à dévoiler leur grossesse, informer les autres de leur état de grossesse semble ne pas être une obligation pour certaines participantes. Étant donné que la grossesse ne peut pas être cachée, donc elles préfèrent attendre que les autres s'en aperçoivent au lieu de les en informer. Certaines femmes considèrent même qu'il n'est pas nécessaire d'informer le père de l'enfant, puisqu'il sait déjà ce qu'il a fait : *«Non, non, je ne lui ai pas dit [à son mari] si ce n'est pas lorsqu'il a..., je ne lui ai pas dit. [...] Lui aussi, même si je ne lui dis pas lui aussi il sait.»* (F17, 26 ans). Cela dévoile, une fois de plus, le sentiment de pudeur qu'ont les femmes avec leur corps et plus encore de tout ce qui se rapporte avec la sexualité. Ainsi, parler de leur grossesse avec leur mari, ou même avec d'autres hommes est tout à fait gênant. D'après nos observations, les femmes préfèrent en général parler de leur grossesse avec leur mère ou leurs amies.

Par ailleurs, quelques femmes ont informé de leur état de grossesse à leurs familles proches, le mari ou la belle-mère ou les amies intimes. Ces femmes reçoivent plus de soutien et de conseils durant leur grossesse. Les conseils reçus de la part des «mamans» ou des «coépouses<sup>25</sup>» sont fondamentaux, ils peuvent aider les femmes *«de manière à ne pas fatiguer la grossesse»* (F5, 27 ans). Le soutien reçu par les femmes est d'ordre psychologique, mais peut-être aussi alimentaire :

*Donc comme je n'avais plus d'argent, je n'avais pas de vivre non plus ni de denrées pour préparer, je n'avais pas d'argent pour payer la farine et faire le Tô, donc souvent quand les autres femmes préparent elles enlèvent nous donner à moi et à mes enfants et les jours qu'on ne nous donne pas nous dormions comme ça, mis à part cela il n'y a rien (F1, 30 ans).*

Certaines femmes aimeraient recevoir plus de soutien du père de l'enfant. En effet, pour plusieurs participantes les hommes ne s'occupent pas de leur femme quand elle est enceinte, ils ne l'aident ni financièrement ni psychologiquement. Les femmes attendent généralement du père de l'enfant un soutien économique, social et même affectif. La non-implication des hommes semble affecter certaines participantes. Lorsque nous leur demandons les raisons qui font que les hommes ne les aident pas durant la grossesse, elles répondaient : *«ça je ne sais pas»*. Aussi, les femmes précisent souvent que tous les hommes

---

<sup>25</sup> Une coépouse pour les femmes peut être l'autre femme de son mari ou la femme du frère de son mari.

ne sont pas pareils, il existe des hommes qui aident leur femme, mais beaucoup d'autres ne le font pas.

*Actuellement là c'est grave, les hommes c'est grave..., les hommes, ils te flattent et te donnent la grossesse et puis ils te disent de savoir ce que tu vas faire, c'est pour ça que souvent certaines sont enceintes, elles ne veulent pas aller à la pesée de peur qu'on dise..., même si elles sont malades elles se débrouillent et elles restent à la maison. [...] Même par rapport aux enfants là, là où je suis assise l'enfant ne se sent pas, je suis venue vendre des arachides et des noix de Karité et puis venir au Centre de santé pour pouvoir faire la pesée et payer les produits, maintenant là les hommes ne s'occupent plus des femmes, c'est pour ça qu'elles ne viennent plus à la pesée. (F13, 36 ans).*

Finalement, au-delà de leur réseau familial, certaines femmes ont évoqué le centre de santé comme un lieu de soutien pour les femmes enceintes. En effet, quand elles décident de recourir aux soins prénatals, les femmes ont reçu des conseils et de l'aide des sages-femmes. C'est surtout le cas des femmes qui ont eu des grossesses rapprochées et qui ont peur que leur enfant tombe malade. Leur recours aux centres de santé a été bénéfique, les agents de santé les rassurent sur le devenir de leur enfant, comme en témoigne une des participantes : «les agents de santé m'ont donné des conseils seulement que de bien s'occuper de mon enfant que rien ne va lui arriver» (F4, 25 ans).

### **Prescriptions et proscriptions comportementales et alimentaires durant la grossesse**

Les participantes ont évoqué des prescriptions et proscriptions culturelles et médicales. Si certaines femmes nous parlaient de ce qui est accepté ou interdit dans leur cercle familial quand elles sont enceintes, d'autres évoquaient des interdits ou prescriptions découlant des services de santé.

Sur le plan des comportements admis ou prohibés au sein de leur famille ou de leur communauté, il y a des interdits alimentaires ou comportementaux qui peuvent avoir des conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant. Selon certaines participantes, quand une femme est enceinte, il y a des aliments qu'elle ne peut pas consommer, dont le miel, le sucre, certaines sortes de poisson, le piment, le dolo, le poulet (si c'est le premier enfant du monsieur), la viande de chien ou de l'âne, l'aubergine locale, les arachides sèches et la

mangue. Ces aliments peuvent avoir des conséquences néfastes sur le déroulement de la grossesse. Certains comportements peuvent avoir aussi des répercussions sur le déroulement de la grossesse, comme le fait d'effectuer des travaux pénibles qui peuvent être la source de multiples conséquences durant la grossesse et l'accouchement. Toutefois, selon les femmes interviewées, cette prescription culturelle ne préconise pas le fait que la femme ne doit pas travailler durant la grossesse, mais elle ne doit pas travailler beaucoup, elle doit faire «*un peu, un peu*» pour que son accouchement soit facile. Ces travaux qui reviennent constamment dans le discours de presque toutes les participantes se résument bien dans les propos d'une participante:

*Il y a d'autres qui, avec la grossesse, rentrent dans les brousses pour chercher le bois, d'autres font des briques, d'autres préparent le dolo, d'autres peuvent marcher de longues distances de 12 km avec les charrettes par exemple, donc quand les charges sont nombreuses on dit à d'autres de ne plus travailler ou monter sur les arbres. (F3, 22 ans).*

Pour avoir une «*bonne grossesse*» et un «*bon accouchement*», certains comportements doivent être adoptés par les femmes. Le fait de ne pas faire des «*bagarres [disputes]*» est important pour le bon déroulement de l'accouchement. Par exemple, si la femme enceinte fait «*bagarre*» avec son mari et qu'elle: «*dit des trucs qui ne se disent pas, le jour de son accouchement ça va être difficile*» (F4, 25 ans). Certains comportements tels que «*ne pas porter des habits serrés*», «*faire attention dans ses paroles*», «*manger la nourriture chaude*» peuvent également faciliter l'accouchement.

Si la femme ne respecte pas les interdits alimentaires ou comportementaux prescrits socialement, selon la pensée des participantes, certaines conséquences peuvent lui arriver. Elle peut subir une fausse couche ou souffrir durant l'accouchement, par ailleurs l'enfant peut avoir des séquelles physiologiques: «*Si elle refuse et elle fait tout ça, comme beaucoup de bagarres [disputes], le jour de l'accouchement c'est difficile avec elle, ça peut lui faire trop souffrir le cœur.*» (F6, 25 ans); ou encore «*Souvent quand elles refusent les conseils, souvent ça ne marche pas [la grossesse]. Si la grossesse n'est pas gâtée au moment de l'accouchement, l'enfant peut être malade, mal formé ou handicapé.*» (F1, 30 ans).



Si certaines femmes se fient toujours aux connaissances culturelles, d'autres nous livrent un discours centré sur le savoir médical, même si leur recours aux centres de santé pour les soins prénatals s'est fait tardivement. Selon elles, le comportement à adopter durant la grossesse est «*d'aller tôt dans les centres de santé pour faire les pesées*». C'est seulement au centre de santé qu'elles pensent pouvoir recevoir des conseils par rapport à leur santé et au bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement. Selon la plupart de ces femmes, le comportement d'une femme enceinte se traduit en ces mots :

*Ah, quand une femme est enceinte, premièrement elle doit bien s'occuper d'elle-même et aller dans les centres de santé, puis actuellement c'est la période des maladies, elle doit aller dans les centres de santé dire et là maintenant on va lui donner un rendez-vous puis elle va repartir. (F1, 30 ans);*

*Si elle part à l'hôpital on va lui montrer ce qui peut être bien, si on lui dit de ne pas travailler elle ne va pas travailler, si on enlève quelque chose qui peut être mauvais avec le ventre elle ne va pas faire. (F2, 33 ans).*

Cependant, la transgression de certaines prescriptions médicales est nombreuse au niveau de la communauté, beaucoup de femmes nous ont dit ne pas observer les conseils des professionnels de la santé, surtout en ce qui concerne l'arrêt du travail. Cette dimension sera approfondie dans la section portant sur les motifs du non-recours aux services de soins prénatals. En effet, le travail surtout durant la période de la saison des pluies semble fondamental. Les femmes affirment avoir travaillé durant toute leur grossesse dans les champs. Selon elles, le travail est une obligation pour avoir de quoi se nourrir, donc même si elles arrivent à un stade avancé de leur grossesse et qu'elles ne peuvent plus faire certaines tâches elles utilisent d'autres moyens pour continuer à travailler. Selon une femme qui est enceinte de plus de six mois pour mener à bien sa grossesse sans se compromettre financièrement et même socialement, elle utilise des stratégies pour travailler sans se fatiguer :

*Si toi aussi tu arrives le matin très tôt, tu arrives à travailler, si tu vois que le soleil va te fatiguer et fatiguer celui qui est dans le ventre tu peux laisser et aller à l'ombre te reposer, lorsque le soleil va se refroidir tu te lèves encore tu demandes à Dieu pour demain, huh huh..., tu ne dois pas te fatiguer, te dire que tu vas forcer travailler jusqu'à finir, la grossesse veut que tu fasses doucement [...] Maintenant là ce sont les arachides qu'on déterre, mais*

*maintenant là si j'arrive si ce n'est pas que je vais m'asseoir arracher les arachides, je ne peux plus me courber, déterrer (F13, 36 ans).*

Dans la lignée du savoir médical, plusieurs autres femmes pensent que les comportements d'une femme enceinte doivent être le fait d'avoir une bonne alimentation, en consommant *«des aliments qui peuvent lui donner la santé et donner la santé à l'enfant»* (F4, 25 ans). Aussi, la fidélité à son mari est souvent conseillée aux femmes dans les centres de santé comme étant un comportement bénéfique pour la grossesse, comme en témoigne les paroles d'une des femmes rencontrées : *«par rapport aux conseils là aussi, nous on est venu peser entre temps et les agents de santé nous ont conseillées de ne pas aller quelque part tromper ton mari, toi aussi tu conseilles bien ton mari pour qu'il reste à la maison»* (F7, 22 ans).

### **5.2.2 La perception de l'état de santé et le recours à divers types de soins**

La perception de l'état de santé est importante pour les femmes que nous avons rencontrées et simultanément elle influence leurs itinéraires thérapeutiques. Treize femmes sur les vingt-deux participantes de cette étude ont affirmé ne pas être tombées malades durant leur grossesse. Pour parler de leur bon état de santé durant leur grossesse, les femmes utilisent souvent certains termes : *«je n'avais pas mal»*; *«je n'étais pas malade»*; *«il n'y a pas eu de défaut»*; *«rien ne me fait souffrir»*; *«je n'avais rien»*. Tandis que pour d'autres femmes, leur état de santé s'est beaucoup dégradé durant la grossesse. Pour la plupart de ces femmes, leur malaise était par rapport à la nourriture. Elles avaient des vomissements et des nausées et ne pouvaient plus manger certains aliments. Le fait de ne pas pouvoir manger est qualifié comme étant de la souffrance par une des participantes.

Le recours à différentes formes de soins des femmes enceintes est conditionné par plusieurs facteurs, dont la perception de l'état de santé et également leurs préférences et attentes durant la grossesse. Pour les femmes qui se perçoivent en bonne santé, elles n'ont demandé aucun type de soins, jusqu'au moment où elles ont décidé pour diverses raisons de recourir aux CPN. Pour d'autres femmes, même si elles ont eu des épisodes de maladies ou malaises durant la grossesse, elles ont décidé de ne recourir à aucun type de soins. Pour certaines, connaissant déjà leur mal, qui est la grossesse, elles affirment n'avoir besoin d'aucun soin

jusqu'à l'accouchement. Ce choix des femmes est renforcé par la perception de la grossesse comme étant un état naturel, donc toutes les petites maladies durant cette période sont normales. Elles préfèrent ou se font conseiller de ne pas recourir à aucun soin et de prendre leur mal en patience :

*Lorsque je suis malade durant ma grossesse, je ne pars pas à l'hôpital et je ne me soigne pas avec aucune autre médecine parce que je connais déjà mon mal, je ne pars pas...j'attends d'accoucher pour que mon mal disparaisse, c'est juste la grossesse qui me fatigue. En plus, si je pars à l'hôpital pour soigner mon mal les produits qui me sont prescrits ne me guérissent pas, la maladie ne part pas. (F10, 35 ans);*

*Comme on dit que c'est comme ça que ça se passe, on n'a pas besoin d'aller au centre de santé [...] c'est lorsqu'elle [sa belle-mère] a su que c'était une grossesse qu'elle a dit qu'il n'y a pas traitement, que de laisser comme ça lorsque le temps des pesées va arriver on va aller peser (F11, 18 ans).*

La majorité des participantes ont révélé n'avoir pas recouru aux soins traditionnels durant leur grossesse<sup>26</sup>. Différentes raisons ont été données par les femmes de leur non-utilisation de la médecine traditionnelle au cours de leur grossesse. La raison la plus récurrente de la non-utilisation de la médecine traditionnelle est le recours aux services de santé pour avoir des soins. Les services de santé «modernes» semblent être pour les femmes rencontrées la seule alternative de soins durant la grossesse et l'accouchement. En effet, pour la plupart des femmes, ce n'est qu'au service de santé qu'elles peuvent obtenir des «produits» ou des «médicaments» pour se soigner : «*Quand tu es enceinte et puis tu ne te sens pas, si ce n'est pas au centre de santé que tu vas venir on ne fait pas de soins à la maison*» (F17, 26 ans); ou encore «*Quand ça fait mal comme ça, si ce n'est pas au centre de santé je n'ai pas de médicament quelque part d'autre*» (F6, 25 ans).

Le choix des centres de santé au détriment d'autres types de soins est une préférence pour les femmes, car les soins livrés dans les services de santé sont considérés comme étant beaucoup plus sûrs et bénéfiques pour leur bien-être et celui du fœtus :

---

<sup>26</sup> Les questions portant sur l'utilisation de la médecine traditionnelle ont été posées de différentes manières aux femmes: nous leur demandions en général si elles ont recouru à un tradipraticien ou si elles ont utilisé des plantes ou autres techniques dans le but de se soigner.

*«J'ai décidé d'aller là-bas [au service de santé] parce que c'est plus clair [sûr], tu peux utiliser les plantes et te laver le matin et c'est encore chaud, si tu arrives là-bas [au service de santé] tu gagnes de bons produits, tu soignes puis tu as la paix» (F7, 22 ans);*

*Tous mes six enfants je n'ai pas utilisé de médicaments traditionnels. Beaucoup de gens prennent, mais moi Dieu m'a aidé, donc je n'ai pas pris. Même quand on dit que les enfants sont malades, il faut prendre des médicaments traditionnels, mais lorsque mes enfants sont malades je préfère aller à l'hôpital. (F18, 40 ans).*

Cette tendance des femmes à ne pas recourir au savoir de la médecine traditionnelle peut également être expliquée par le fait que cette médecine n'offre pas de soins proprement dits durant cette étape de la vie. Selon un tradipraticien que nous avons rencontré, son métier était beaucoup centré sur la prise en charge des accouchements difficiles, il ne donne pas de soins durant la grossesse. Hormis les accouchements, les femmes viennent le voir pour consulter l'avenir ou pour avoir un enfant.

Les participantes qui ont eu recours aux soins traditionnels l'ont fait de façon concomitante aux services publics de santé. Cette source de soins semble perçue comme étant des soins complémentaires mais qui ne doivent pas remplacer les soins modernes qui demeurent la référence en cas de malaise ou maladie, comme en témoigne une des participantes : *«Souvent on enlève les feuilles des arbres là, laver les enfants, mais maintenant même si tu fais s'il y a maladie seulement tu viens à l'hôpital» (F20, 35 ans).*

De plus, certaines femmes recourent à l'automédication<sup>27</sup>. En effet, beaucoup de femmes qui ont des femmes âgées dans leur cour peuvent bénéficier de soins issus du savoir traditionnel permettant de prendre soin de la grossesse et de l'accouchement. Selon la dolotière, plusieurs femmes enceintes se font aider par leurs «vieilles» qui sont souvent leur mère ou leur belle-mère. Ces dernières donnent aux femmes des savoirs sur des rituels, des prescriptions ou des proscriptions à respecter et de certaines plantes bénéfiques pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. De fait, certaines femmes prennent des

---

<sup>27</sup> L'automédication se définit dans cette étude comme étant l'utilisation des soins traditionnels ou des médicaments en vente libre sans prescription faite soit par un tradipraticien ou par un professionnel de la santé.

produits à base de plantes pour soigner des malaises survenus lors de la grossesse, mais dès qu'une maladie est perçue elles préfèrent recourir aux centres de santé : *«Si ce n'est pas que je vais casser les feuilles, préparer, me laver seulement, maintenant si ce n'est pas à l'hôpital il y a plus de médicaments»* (F15, 40 ans). D'autres femmes prennent des médicaments trouvés dans leur maison pour se soigner : *«Comme mon frère achetait souvent des médicaments venir déposer à la maison, les médicaments de ventre et de maux de tête, donc si j'avais mal quelque part j'enlevais là-bas avaler»* (F3, 22 ans).

Il est à noter que les femmes qui ont affirmé avoir recouru à l'automédication sont celles qui cachaient leur grossesse à leur famille et à leur voisinage, dont les célibataires, les femmes âgées de 40 ans et les femmes qui ont eu des grossesses rapprochées.

Ces différents résultats sur la perception et le rapport des femmes aux différentes sources de soins prénatals nous emmènent à comprendre, en partie, pourquoi nous n'avions pas pu recruter de femmes qui ont renoncé aux soins prénatals. Étant donné que les services de santé sont devenus, selon les femmes rencontrées, la seule possibilité de soins durant la grossesse et l'accouchement, les CPN sont perçues comme étant obligatoires et le renoncement aux CPN n'est plus d'actualité: *«Maintenant il n'y a pas cette femme qui a un Dieu qui va prendre sa grossesse et qui ne vient pas à la pesée»* (F19, 40 ans). En poursuivant la pensée de certains informateurs-clés, les femmes n'ont plus de motifs valables de ne pas faire de CPN jusqu'à l'accouchement, ou celles qui renoncent aux CPN le font généralement par «ignorance» de la gratuité des soins préventifs durant la grossesse ou de l'importance des CPN pour la grossesse et l'accouchement (Informateur-clés: Infirmier, Sage-femme). Une sage-femme rencontrée dans un des CSPS visités nous a même révélé que les femmes qui renoncent aux soins prénatals sont souvent celles qui ont des problèmes psychologiques, et même dans ces cas, elles sont identifiées et conduites à la maternité par les ASC pour être suivies. Par contre, le renoncement aux CPN existe toujours en brousse. La brousse est, selon certaines femmes rencontrées, des villages qui n'ont pas de services de santé et qui se trouveraient à l'intérieur des terres où des familles migrent surtout durant la saison des pluies pour cultiver la terre. Ainsi, ces résultats suggèrent une certaine prédominance des services de santé modernes sur toutes les autres sources de soins. Les

femmes ont alors tendance à valoriser la médecine occidentale qui est promue et reconnue comme légitime par les acteurs de la santé.

### **5.3 Article portant sur l'objectif 2: Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. Exemple de la commune rurale de Kokologho**

Niang, Marietou, Dupéré, Sophie et Bédard, Emmanuelle

#### **Résumé**

Malgré l'importance des soins prénatals dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, leur utilisation demeure non optimale au Burkina Faso. Cet article propose de documenter les motifs de non-recours aux services de soins prénatals en s'intéressant aux femmes qui y renoncent ou qui y recourent tardivement. La collecte des données qualitatives a eu lieu d'octobre 2013 à janvier 2014 dans la commune rurale de Kokologho. Différentes méthodes de collecte ont été utilisées: l'observation participante, vingt-deux entrevues individuelles semi-dirigées avec des femmes qui sont en recours tardif aux soins prénatals et huit entrevues informelles avec des informateurs clés identifiés dans la communauté. L'analyse thématique en continu révèle quatre barrières qui entravent le recours effectif aux soins prénatals par les femmes rencontrées : (1) le manque de connaissance du calendrier et de la visée des soins prénatals (2) la perception de la grossesse et des soins prénatals (3) les barrières socio-économiques : paiement direct des consultations prénatales et manque d'autonomie des femmes, et (4) la perception de la qualité des soins prénatals. Ces résultats sont discutés au travers des différents types de non-recours de la typologie explicative adoptée pour cette étude, dont la *non-connaissance*, la *non-demande* par choix ou par contrainte et la *non-réception* des soins. Cet apport théorique dévoile que les défaillances dans le système de soins de même que la dichotomie existante entre les représentations sociales et celles médicales de la grossesse et des soins prénatals participeraient à exclure certaines femmes des services de soins prénatals.

**Mots-clés:** soins prénatals, non-recours, utilisation, accessibilité, recherche qualitative, Burkina Faso.

## Abstract

Despite the importance of prenatal care in decreasing maternal and neonatal mortality, its use remains suboptimal in Burkina Faso. This article documents the reasons for non-uptake of antenatal care, by focusing on women who either renounce completely or delay resorting to prenatal care. The qualitative data collection took place in the rural town of Kokologho from October 2013 to January 2014. Different collection methods were used: participant observation, twenty-two individual semi-structured interviews with women who were using prenatal care as a late option and eight informal interviews with key informants identified in the community. Thematic analysis revealed four barriers going against the effective use of prenatal care by women: (1) lack of knowledge about prenatal care schedule and purpose (2) perception of pregnancy and prenatal care (3) socioeconomic barriers: direct payment for antenatal care and limited women's autonomy, and (4) perception of prenatal care quality. Based on these observations, non-uptake of prenatal care is here discussed using different types of explanatory typology adopted for this study: *non-knowledge*, *non-claiming* by choice or constraints and *non-reception* of care. This theoretical contribution reveals that failures in the healthcare services as well as the dichotomy between social representations and medical standards of pregnancy and prenatal care contribute to exclude some women from the prenatal care system.

**Keywords:** prenatal care, non-uptake, accessibility, health services, qualitative research, Burkina Faso.



## **Introduction**

Les soins prénatals sont reconnus comme étant un soutien social et psychologique pour les femmes enceintes; ils contribuent à réduire la fréquence de la morbidité et de la mortalité des femmes et des nouveau-nés; et ils sont le créneau pour maximiser le continuum des soins (Banta, 2003; Lawn & Kerber, 2006). L'Organisation mondiale de la santé a développé des soins prénatals focalisés qui ont pour but d'être efficaces et à moindre coût. Ce modèle, utilisé au Burkina Faso, regroupe un minimum de quatre consultations prénatales (CPN) avec toutes les interventions importantes et fondées sur des preuves (Carroli, Villar, Piaggio, Khan-Neelofur, & al., 2001). La première CPN doit se faire durant les trois premiers mois de la grossesse avant la 14<sup>e</sup> semaine de gestation et la dernière CPN proche de la date prévue de l'accouchement (Lawn & Kerber, 2006).

Dans la visée d'améliorer l'accessibilité aux soins prénatals, l'État burkinabé avait rendu gratuits les soins préventifs pour les femmes enceintes (De Sardan & Ridde, 2012). Malgré une amélioration nette de la couverture des soins prénatals durant ces dernières années, passant de 59% en 1993 à 95% en 2010 (INSD & ICF International, 2012), leur utilisation reste toujours problématique. En effet, le recours à la première CPN se fait tardivement à partir du sixième et septième mois de grossesse et peu de femmes effectuent le minimum de quatre visites recommandées. Cette situation est plus remarquée dans les zones rurales où la médiane de la première CPN se situe à 4,4 mois contre 3,9 mois en milieu urbain et le suivi de la grossesse est moins fort (38%) qu'en milieu urbain (54%) (INSD & ICF International, 2012). L'utilisation non optimale des soins prénatals demeure un problème de santé publique important. Néanmoins, les études qui portent sur l'utilisation des soins prénatals au Burkina Faso sont dans la plupart des cas fragmentaires et descriptives. Peu d'entre elles se sont intéressées aux femmes qui renoncent ou qui recourent tardivement aux soins prénatals, d'où la pertinence de cet article de s'intéresser aux motifs de non-recours aux services de soins prénatals afin de déceler les logiques qui sous-tendent le non-recours, subi ou intentionnel, des femmes qui sont à la marge du système de santé durant la grossesse. Après une brève présentation du cadre conceptuel, nous décrivons la méthodologie et les différents résultats de cette recherche. Nous discuterons ensuite de ces résultats puis nous concluons en précisant quelques limites de l'étude.

## **Cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel de cette recherche repose sur la typologie explicative du non-recours développée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) (Warin, 2010b). Cette typologie propose trois catégories de non-recours: i) la *non-connaissance* : l'offre n'est pas connue par manque d'information sur son existence ou sur son mode d'accès ou par non-proposition du prestataire, ii) la *non-demande* : l'offre est connue, mais elle n'est pas demandée, par choix ou par contrainte; iii) la *non-réception*: l'offre est connue, demandée, mais elle n'est pas obtenue. Pour chaque catégorie de non-recours, l'Odenore a proposé des explications typiques qui peuvent évoluer selon les domaines de recherche. Nous avons adapté et bonifié cette typologie aux différents éléments retrouvés dans la littérature scientifique concernant l'utilisation des soins prénatals (Annexe B). D'une façon générale, le non-recours «renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre» (Warin, 2010b, p. 3). N'existant pas de définition consensuelle du non-recours aux soins, il fait référence dans cette étude au renoncement et au recours tardif aux soins prénatals qui renvoie au retard d'une femme à effectuer la première CPN au-delà des trois premiers mois de grossesse.

## **Méthode**

Cette recherche s'inscrit dans le projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants (PASME) au Burkina Faso. Elle s'est déroulée dans le district sanitaire de Koudougou, précisément dans la commune rurale de Kokologho composée de treize villages et de différentes offres de soins, dont un centre médical et huit centres de santé et de promotion sociale. Le choix du site s'est fait selon les priorités exprimées par le PASME et selon les données du milieu sur le recours aux CPN qui est relativement faible (54,2%) et les femmes y recourent généralement tardivement (Direction régionale de la santé du Burkina Faso, 2012).

Cette étude de type qualitatif a été effectuée dans six villages de la commune: Kokologho, Basziri, Pitmoaga, Monkin, Sakoinzé et Nongomto. La collecte des données a été réalisée

par la chercheuse principale entre octobre 2013 et janvier 2014. Cette collecte a débuté par de l'observation participante dans les maternités et le quotidien des femmes dans la commune. Ensuite, huit entrevues informelles avec des informateurs-clés ont été réalisées avec des professionnels de la santé en exercice, une accoucheuse villageoise à la retraite, une dolotière<sup>28</sup>, un tradipraticien, une femme de la communauté et un chargé de projet du PASME faisant partie de notre comité de suivi; et vingt-deux entrevues individuelles semi-dirigées avec des femmes qui sont en situation de recours tardif aux soins prénatals ont été menées. Malgré différents efforts déployés, nous n'avons pas pu recruter des femmes qui ont renoncé aux soins prénatals. Le recrutement des participantes pour les entrevues individuelles a été facilité par les personnes-ressources de la communauté, dont les professionnels de la santé, les agents de santé communautaire et les chefs de village. Il s'est fait selon les critères de sélection suivants: être âgée entre 18 et 50 ans, avoir eu une grossesse durant la dernière année précédant l'étude ou être en état de grossesse d'au plus six mois durant la période de recrutement, avoir renoncé ou avoir recouru tardivement aux soins prénatals durant la grossesse. Toutes les entrevues ont été effectuées, avec l'aide d'une interprète, en moré à l'exception d'une seule réalisée en français selon le souhait de la femme. Elles ont été enregistrées au gré de la participante, en cas de refus (n=1) des notes étaient prises. L'échantillon final (n=22) a été déterminé par le principe de saturation empirique (Pires, 1997) et a été diversifié selon l'âge, le niveau d'études, l'ethnie, le statut matrimonial et le degré de recours tardif aux soins prénatals des femmes.

La grille d'entrevue, utilisée lors des entrevues individuelles, portait sur les thèmes suivants: i) l'expérience prénatale, ii) les croyances et pratiques culturelles entourant la grossesse, iii) l'état de santé et parcours de soins des femmes, iv) les différentes perceptions des soins prénatals. Les caractéristiques des participantes ont été relevées à travers un questionnaire sociodémographique.

Nous avons effectué une analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2008) des entrevues individuelles, des notes de terrain et des entrevues informelles avec l'aide du logiciel QDA Miner (Provalis Research, 2004). Elle a débuté en même temps que la collecte des données, pour qu'elle soit «dynamique, en constante progression, alimentée en permanence par le

---

<sup>28</sup> Femme qui prépare et vend le Dolo ou bière de mil.

travail sur le terrain» (Miles & Huberman, 2003, p. 101). Dans le processus d'analyse, nous avons d'abord transcrit les enregistrements audio. La traduction et la transcription des entrevues ont été faites du moré en français par l'interprète assistée par la chercheuse principale. Ensuite, une traduction croisée de quelques entrevues a été réalisée par un chargé de projet du PASME pour faire vérifier si la traduction-transcription était juste. Les notes de terrain ainsi que toutes entrevues réalisées sans enregistrement ont été retranscrites pour permettre une meilleure lisibilité. Après transcription des entrevues, nous avons procédé à la lecture pour mieux nous imprégner des différentes données et ensuite à la codification thématique par le processus de codage inductif. Nous avons attribué des thèmes aux différentes données que nous avons regroupées sous des thèmes centraux. Les thèmes identiques ont été fusionnés et par la suite nous les avons hiérarchisés (Paillé & Mucchielli, 2008). Afin d'assurer la validité des résultats de cette étude, l'analyse préliminaire a été présentée aux informateurs-clés pour confirmer la cohérence de nos interprétations avec les réalités du milieu. Puis, nous avons procédé à la technique de la triangulation des données et de la triangulation avec les autres chercheuses impliquées dans ce projet pour confronter nos différentes significations du sens des données. Un comité de suivi composé des chercheuses impliquées dans cette recherche et des partenaires-terrain du PASME a porté un regard constant sur les choix méthodologiques et éthiques de la recherche. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de recherche au Burkina Faso (2013-10-092) et par le comité d'éthique de l'Université Laval (2013-179 / 18-09-2013).

## **Résultats**

Les caractéristiques sociodémographiques révèlent que les participantes sont âgées de 18 à 40 ans pour un âge moyen de 25 ans. Vingt participantes appartiennent à l'ethnie mossi et deux à l'ethnie peule. Leur statut matrimonial se présente selon les coutumes du milieu, notamment le mariage coutumier (54,5%), le mariage religieux (18,2%) et le mariage civil (4,5%). Certaines femmes étaient célibataires et vivaient chez leurs parents (13,6%) et d'autres vivaient en concubinage avec le père de leurs enfants (9,1%). Concernant l'occupation des participantes, la majorité des femmes mossi pratiquait l'agriculture comme activité principale et exclusive durant la saison des pluies (59,1%), d'autres avaient

également des activités de commerce (13,5%) ou étaient des femmes au foyer (18,2%) durant la saison sèche. Les participantes peules étaient des ménagères tout au long de l'année, elles s'occupaient de leurs animaux et vendaient parfois le lait au marché. La majorité des participantes n'avaient aucun niveau d'instruction (72,7%), quelques-unes avaient des niveaux d'étude élémentaire (18,2%) et secondaire (9,1%). Toutes les participantes ont recouru tardivement aux CPN, notamment au cinquième (40,9%), sixième (27,3%), septième (27,3%) et huitième (4,5%) mois de grossesse. Au moment du recrutement, certaines participantes avaient des enfants âgés d'un à six mois et d'autres étaient en état de grossesse de plus de six mois.

Notre analyse des données a permis de repérer quatre grands thèmes qui seront présentés dans les prochaines sections pour expliquer les raisons entravant le recours aux soins prénatals dès le premier trimestre de grossesse. Notons que les soins prénatals ou les CPN sont désignés par le terme «*pesée*» ou «*peser*» par les femmes interrogées.

### **Manque de connaissance du calendrier et de la visée des soins prénatals**

Plusieurs participantes ne savaient pas qu'elles devaient recourir à leur première CPN au premier trimestre de la grossesse comme il est recommandé. Pour les femmes primipares, quoique connaissant l'existence des soins prénatals, elles ne savaient pas à quel moment elles devaient y recourir : «*moi je savais que j'étais enceinte, mais je ne savais pas que je devais aller à la pesée*» (F14, 20 ans). Pour les multipares, bien qu'elles aient recouru aux CPN lors de leurs grossesses antérieures, elles ignoraient qu'il faut commencer les CPN au premier trimestre de la grossesse. À leur manque de connaissance du calendrier des CPN s'ajoute une méconnaissance des objectifs et des avantages des CPN. Ainsi peu de femmes rencontrées perçoivent les CPN comme étant importantes pour leur santé ou celle du fœtus. Par conséquent, elles y recourent pour quelques motivations personnelles, notamment pour avoir des informations sur le déroulement de la grossesse, savoir le nombre de mois de leur grossesse, ou la routine médicale qui est de recevoir les «*médicaments du sang*», de «*monter sur le kilo*» ou de regarder «*l'enfant qui est dans le ventre*» ou tout simplement de «*suivre le normal*».

Le manque de connaissance sur les soins prénatals révèle également une insuffisance dans la sensibilisation des femmes sur la visée et la nature des CPN. En effet, les CPN sont axées davantage sur les examens de routine alors que l'éducation à la santé des femmes y est pratiquement inexistante en raison du manque de professionnels de la santé, selon certains agents de santé rencontrés. Bien que des activités d'animation sur les CPN soient organisées dans les centres de santé, toutes les participantes ont affirmé n'avoir pas pu y assister principalement par manque de connaissance de la date et dans une moindre mesure par manque de temps ou par désintérêt. En outre, le peu d'affiches portant sur les soins prénatals dans les centres de santé est en langue française alors que la majorité des femmes ne savent ni lire ni écrire et que leur langue maternelle est principalement le moré.

### **Perception de la grossesse et des soins prénatals**

Les perceptions qu'ont les femmes de leur grossesse et des soins prénatals en général participent au choix de recourir ou non aux CPN. Ces perceptions régulées par les normes sociales et les réalités socio-économiques du milieu semblent influencer les attitudes qu'ont les femmes face aux services de soins prénatals.

*Les soins prénatals perçus comme étant curatifs.* D'emblée, les femmes rencontrées perçoivent les CPN comme relevant du curatif, elles n'y recourent que lorsqu'elles se perçoivent malades. Conséquemment, pour certaines de ces femmes recourir aux CPN au premier trimestre ne concerne que les femmes malades: «*Les femmes doivent venir tôt à la pesée? [Silence] Ce sont les malades là qu'on dit de venir tôt, c'est quand tu es malade on te dit de venir tôt, si tu ne viens pas tôt et il se trouve que c'est ça que tu as, on ne peut plus te soigner, c'est pour ça qu'on dit de venir tôt.*» (F17, 26 ans). La survenue d'une maladie, perçue grave, expliquerait le recours de plusieurs femmes à leur première CPN. Cette perception des CPN comme relevant du curatif est fortifiée par le regard que portent les femmes sur leur grossesse qui, pour elles, relève de l'ordre naturel, donc n'ayant pas besoin de suivi médical. Les notions de prévention ou de promotion de la santé présentes dans les objectifs premiers des soins prénatals ne trouvent pas de sens dans les logiques de recours aux CPN des femmes rencontrées.

*Attitude face au calendrier des CPN.* Les CPN sont conçues selon un temps précis et justifié de la grossesse par le champ médical. Cependant, ce calendrier ne semble pas être compris et suivi par certaines participantes qui recourent aux CPN en fonction de leur conception du temps. À l'évidence, dans la vision de ces femmes le temps est perçu de manière cyclique, il se définit à travers les saisons, les activités, le jour ou la nuit (Informateur-clé : Infirmier). Ce faisant, certaines femmes sont souvent renvoyées lors des CPN pour motifs de retard, de non-respect ou de confusion des jours de rendez-vous: «*Tu peux aller aujourd'hui en retard tu ne vas pas recevoir [la pesée], c'est obligé que tu rentres et revenir une prochaine fois encore tu reviens en retard on refuse de te soigner*» (F12, 25 ans). La règle médicale intronisant le recours aux CPN dès le premier trimestre de la grossesse peut être repoussée dans la logique des participantes jusqu'au jour où le temps le permettra. Certaines participantes expliquent leur recours tardif à leur première CPN par le fait qu'elles ne veulent pas recourir plusieurs fois aux soins prénatals ou par manque de temps. Il semble que la conception cyclique du temps par les femmes va à l'encontre de celle linéaire par le champ médical dont est issu le calendrier des soins prénatals. Ces deux visions antagonistes du temps combinées aux réalités socio-économiques difficiles des femmes participent au recours tardif aux CPN.

### **Barrières socio-économiques : paiement direct des CPN et manque d'autonomie des femmes**

Les barrières socio-économiques sont lisibles à travers les inégalités sociales qui contribuent à rendre les femmes démunies et dépendantes socialement et économiquement.

*Payer pour obtenir des soins prénatals dans un contexte de gratuité.* Malgré une politique d'exemption de paiement direct des soins préventifs durant la grossesse, les femmes rencontrées ont eu à payer pour les soins préventifs lors de leur grossesse. La plupart des femmes ont affirmé que, selon le centre de santé, le tarif change et elles ont dû payer pour la consultation, le carnet de santé, le fer, les gants, la bouteille pour le prélèvement d'urine: «*Il y a certains endroits où on paie, par exemple là où je suis allée peser là c'est 200, mais chez nous j'entends qu'on parle qu'au centre de santé là-bas c'est 300.*» (F11, 18 ans). Le paiement direct des soins préventifs durant la grossesse se justifierait par des ruptures de

stock qui touchent souvent les centres de santé. Ne recevant pas à temps les produits comme les carnets de maternité, les produits pour la chimio prophylaxie antipaludique et les micronutriments pouvant permettre aux soins préventifs durant la grossesse d'être gratuits, les femmes paient pour obtenir les actes compris dans la gratuité (Informateur clé : Sage-femme).

Hormis les coûts directs des soins prénatals, des coûts indirects sont assumés par les femmes, notamment les consommables médicaux (gants, fils ou seringues) sans compter les coûts de transport ou de restauration. Dans un contexte de pauvreté, surtout des femmes, la majorité des femmes rencontrées *«se débrouillent»* constamment pour pouvoir payer pour leurs soins ou pour subvenir à des besoins immédiats. Certaines femmes n'ont ni le soutien économique ni le soutien psychologique du futur père: *«dans les villages si les hommes ont su qu'ils ont enceinté leurs femmes ce n'est plus leur problème, ils vont se promener boire leur alcool, faire ce qu'ils veulent on ne parle plus de toi, on te laisse avec la grossesse, c'est toi qui sauras quoi faire pour la pesée»* (F4, 25 ans). Par suite, elles ont toujours peur de recourir aux CPN en raison du paiement direct des soins, ce qui expliquerait leur recours tardif aux soins prénatals : *«Parce que j'ai dit de m'aider on ne m'a pas aidé, si je pars on me dit de payer un produit comme je n'ai pas d'argent je ne pourrai pas payer le produit. [...] donc j'avais peur d'y aller.»* (F 2, 33 ans). L'incapacité des femmes à assumer tous ces coûts liés aux soins prénatals s'accroît durant la saison des pluies, car les activités économiques s'estompent : *«C'était un peu difficile d'aller à la pesée, car en ce moment l'argent était un problème. Pendant la saison pluvieuse, tu vas avoir où l'argent si ce n'est pas quelqu'un qui va te donner. Tu vas avoir ça où?»* (F22, 19 ans). De plus, durant cette saison, l'accessibilité aux soins prénatals est beaucoup plus problématique pour les femmes à cause du mauvais état des routes souvent inondées et du manque de moyens de transport (Informateur-clé : Accoucheuse villageoise).

*Contexte de vie et occupation des femmes.* Les femmes rencontrées ont mentionné que leurs diverses occupations, notamment ménagère, champêtre et économique participaient à leur recours tardif aux CPN. Dans un contexte où la survie économique du ménage dépend de la force productrice de chaque membre, les femmes font une certaine hiérarchisation des priorités selon les saisons. Le travail champêtre semble être plus important que de recourir



aux CPN durant la saison des pluies. Cela s'expliquerait par les conditions de vie difficiles des femmes pour qui les travaux champêtres sont une nécessité de survie économique et procurent la sécurité alimentaire. D'autre part, les prescriptions médicales concernant l'arrêt du travail durant la grossesse ne font pas sens pour les participantes : *«Les agents de santé ont dit de ne pas travailler, mais vous-mêmes vous savez si tu ne travailles pas tu ne vas pas manger, donc toi aussi tu vas te débrouiller un peu un peu.»* (F15, 40 ans). Par conséquent, elles ne suivent pas les recommandations des agents de santé pour ne pas subir des insécurités économiques ou alimentaires et cela peut participer, dans une certaine mesure, au recours tardif aux CPN.

*Manque de pouvoir de décision des femmes.* Le manque de pouvoir de décision des femmes participe également au recours tardif aux CPN des participantes. Plusieurs femmes interrogées ne peuvent pas décider d'elles-mêmes de recourir aux CPN, elles doivent avoir l'aval de leur belle-mère ou de leur mari : *«la pesée c'est obligé, toi-même tu connais les hommes si tu dis aujourd'hui c'est la pesée tu pars, ils vont te dire de venir et d'aller aux champs»* (F8, 26 ans). Recourir sans avoir l'aval de ces derniers est un signe de manque de respect, puisque si la femme doit payer au centre de santé elle sera obligée d'en parler à son mari ou à sa belle-mère ce qui est mal perçu dans leur communauté : *«Si je pars en cachette et on me dit d'emmener de l'argent pour payer quelque chose et que je n'en ai pas et que je reviens pour dire c'est comme si c'est un manque de respect.»* (F7, 22 ans). Ce résultat démontre la dépendance économique de ces femmes qui même si elles veulent recourir à leur guise au centre de santé, le manque d'argent les oblige à en parler aux pourvoyeurs notamment leur mari ou leur belle-mère. En plus, il laisse penser aux rapports de genre inégaux dans lesquels les femmes sont subordonnées aux hommes et par conséquent n'ont aucun pouvoir de décision concernant leur santé.

### **Perception de la qualité des soins prénatals**

La perception qu'ont les participantes de la qualité des soins prénatals est circonscrite dans des expériences antérieures négatives vécues, par elles ou par d'autres femmes de leur communauté, dans les centres de santé. Ces expériences négatives participent amplement

au choix des femmes de ne pas recourir aux CPN durant leur grossesse ou leur prochaine grossesse.

*Sentiment de stigmatisation et d'humiliation.* D'une part, les expériences de stigmatisation et d'humiliation racontées par les participantes se traduisent à travers des violences qui subsistent entre les agents de santé et les usagères des services. Selon certaines participantes, les agents de santé crient sur elles, les insultent, les menacent et leur reprochent leurs habits sales et quand elles sont nombreuses à attendre pour la CPN ils leur disent que «*la salle sent*», et cela durant les CPN ou les accouchements. Ainsi, l'humiliation ou la stigmatisation qu'elles vivent dans les centres de santé sont dues, selon une participante, à leur situation de pauvreté. Cette dimension semble ne pas être considérée par les agents de santé qui stigmatisent ou discriminent certaines femmes selon leur apparence physique et ne prennent pas en considération leurs conditions socio-économiques précaires: «*Souvent c'est le manque de moyens financiers qui emmène souvent certaines bagarres entre les agents et les utilisateurs du centre. Souvent aussi le fait de dire que les gens viennent en retard ou viennent avec des habits sales, les gens n'ont pas les mêmes problèmes*» (F1, 30 ans).

D'autre part, la stigmatisation des femmes émane des normes sociales liées à la procréation qui donnent le droit d'enfantement à certaines catégories de femmes rencontrées, notamment celles qui n'ont pas de mari, celles qui ont des grossesses rapprochées et celles qui sont considérées comme étant «*vieilles*». En effet, ayant une perception négative de leur grossesse, elles recourent tardivement aux soins prénatals par peur d'être jugées ou stigmatisées par les membres de leur communauté ou par les «*Grandes personnes*» qui désignent dans leur langage les agents de santé. Cette peur d'être stigmatisée par les agents de santé montre, en effet, un prolongement des normes sociales dans les centres de santé qui par essence doivent être des lieux neutres exempts de toute forme de stigmatisation ou de discrimination. Pour les femmes célibataires rencontrées, elles préfèrent ne pas recourir aux soins prénatals jusqu'à ce que le futur père accepte la paternité de l'enfant parce qu'elles ont peur que les professionnels de la santé les jugent ou leur demandent qui est le père de leur enfant: «*Comme moi et le père de l'enfant ne nous sommes pas encore entendus c'était difficile pour moi d'aller au centre de santé et on va me*

*demander où est le père de l'enfant, pourtant moi je ne connaissais pas d'abord le père de l'enfant et lorsque tu pars à la pesée et tu ne connais pas le père de l'enfant c'est difficile, donc j'ai caché»* (F3, 22 ans). Pour les participantes qui ont des grossesses rapprochées, le fait que leur dernier enfant soit perçu par elles-mêmes et par les autres comme étant «*petit*» ou encore parce qu'il «*n'est pas arrivé [il n'est pas encore autonome]*» les expose à des moqueries au sein de leur communauté. La peur d'être jugées par les professionnels de la santé fait qu'elles ont recouru tardivement aux CPN. À les entendre, cette peur résulterait du discours impératif et omniprésent sur la planification familiale dans les centres de santé. Le recours tardif aux CPN permet à ces femmes d'échapper aux regards ou aux jugements des agents de santé, réels ou imaginés, vis-à-vis de leur transgression à ne pas effectuer l'espacement des naissances. Pour les femmes âgées de 40 ans, perçues «*vieilles*», elles cachent leur grossesse qu'elles considèrent comme étant une «*honte*», voire «*une mauvaise grossesse*». En effet, dans la conception culturelle et sociale, ces femmes ne doivent pas concevoir d'enfant, car elles ont atteint un âge qui ne leur permet plus d'avoir des enfants en même temps que leur fille ou leur belle fille. Bien que culturellement la grossesse des «*vieilles*» femmes soit mal vue, elle semble ne pas être prescrite dans les centres de santé où les grossesses tardives sont considérées à risque. Certaines participantes ont alors recouru tardivement aux CPN par peur que les agents de santé ne les traitent de «*vieilles qui accouchent*» : «*Voilà! On allait dire que je suis devenue vieille.*» (F15, 40 ans).

*Remise en question de la confidentialité et de l'anonymat des services de santé.* Certaines participantes ont recouru tardivement aux CPN par manque de confiance aux agents de santé voire aux systèmes de soins. Pour certaines femmes, la structure architecturale de certaines maternités ne préserve ni l'anonymat ni l'intimité des soins donnés durant les CPN : «*Au niveau de la salle des pesées [...], il n'y a pas de traverse, la femme est couchée et toutes les femmes qui sont dans la salle la voie nue.*» (F8, 26 ans). Pour d'autres femmes, elles avaient peur que les agents de santé divulguent le secret médical aux autres membres de leur communauté. Cette remise en question du secret professionnel peut s'expliquer par le fait que les agents de santé habitent dans le village et développent des relations amicales avec certains membres de la communauté (Informateur-clé : Infirmier). C'est le cas pour une femme interviewée atteinte de VIH qui craignait de recourir aux CPN par peur que les

agents de santé divulguent sa maladie aux autres membres de sa communauté : «*C'est la même contrainte qui fait que je ne peux pas venir tôt, car si les agents de santé se rendent compte, ils vont dire aux gens pour que les gens se baladent parler [répandent la rumeur].*» (F16, 30 ans).

*Recourir et ne pas recevoir de CPN.* Certaines participantes ont mentionné ne pas avoir reçu de soins alors qu'elles sont allées le jour des CPN. D'aucunes ont été renvoyées pour motifs de retard ou de confusion du jour de rendez-vous et d'autres en raison de périodes de vaccination ou parce qu'il y avait beaucoup de patientes. Ces renvois ont des conséquences pour ces femmes qui sont prises par d'autres activités, de plus les CPN ne se donnent qu'une ou deux fois dans la semaine dans plusieurs centres de santé visités. Par conséquent, le recours tardif aux CPN par certaines participantes ne serait pas de leur volonté, mais bien causé par des facteurs structurels propres aux services de santé :

*C'est à trois mois que je suis venue pour la pesée, mais quand je suis arrivée il y a une femme qui accouchait et la sage-femme m'a dit de repartir et de revenir dans 14 jours.[...] Durant les 14 jours encore je suis venue croiser une autre femme qui accouchait et l'accouchement de la femme était difficile et elle m'a dit de repartir [...] et la troisième fois je suis venue et elle a dit que les carnets là sont finis et elle m'a donné 14 jours encore et finalement c'est après les 14 jours que j'ai eu la pesée» (F20, 35 ans).*

## **Discussion**

L'objectif de cet article était de documenter les raisons de non-recours aux soins prénatals, dont le recours tardif à la première CPN par les femmes âgées de 18 ans et plus habitant dans la commune rurale de Kokologho. Les résultats de cette étude sont analysés et discutés à travers les trois catégories de la typologie explicative de l'Odenore et la littérature sur l'utilisation des services de santé en ASS.

### **La non-connaissance des soins**

À la lumière de cette étude, le manque de connaissance du dispositif des soins prénatals serait un motif important de retard à la première CPN, étant donné que plusieurs femmes ne

connaissaient ni le calendrier ni la visée des soins prénatals focalisés. Il apparaît dans cette étude comme dans d'autres (Simkhada et al., 2008) que les femmes qui ont un faible niveau d'éducation ont plus de difficulté à avoir accès aux soins prénatals de qualité. Cela s'expliquerait par le fait que les personnes moins éduquées ont plus de difficultés à s'informer sur leur santé, à comprendre le système médical qui est fortement «intellectuel» et à exprimer leur douleur (Rode, 2010). Outre l'éducation des femmes, cette étude a révélé que le manque de connaissance du dispositif des soins prénatals serait dû au manque d'efficacité dans le transfert de l'information par le système de soins. Les femmes ne reçoivent pas de la part des professionnels des informations suffisantes sur l'importance et la nécessité des CPN pour leur santé et celle du fœtus comme soulevé par d'autres études (Jaffré, 2009). L'absence d'éducation à la santé lors des CPN et d'outils de communication adéquats dans les centres de santé nous semble également contribuer au manque de connaissance des femmes sur les CPN. Dans ce contexte, l'éducation à la santé des usagères des services de soins prénatals, dans et à l'extérieur des milieux de soins, est primordiale pour une utilisation adéquate des soins prénatals, car les femmes sont peu instruites et recourent occasionnellement aux centres de santé.

### **La non-demande des soins : par choix ou par contrainte**

La non-demande de soins par choix intentionnel ne semble pas répondre à une logique rationnelle où la personne pèse le pour et le contre de son action en ayant les aptitudes et les connaissances nécessaires. Selon Warin, auteur phare sur le phénomène du non-recours, elle résulterait de l'antagonisme entre les «règles qui déterminent le contenu de l'offre et ses conditions d'accès» et «les valeurs, représentations, expériences, situations et attentes à travers lesquelles les destinataires les perçoivent» (Warin, 2010b, p. 7). À la lumière des résultats de cette étude, les représentations sociales des soins prénatals et de la grossesse par les femmes vont à l'encontre de celles du domaine médical. En effet, les soins prénatals seraient conçus selon une logique de prévention, de dépistage et d'anticipation sur les éventuels risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Cependant, les femmes que nous avons interrogées perçoivent les soins prénatals comme relevant du domaine curatif. Elles y recourent qu'en cas d'identification et d'interprétation d'un besoin de soins teinté par les normes sociales, dont leur rapport avec leur corps et leur représentation de la santé et de la

maladie comme soulevé par Warin (2011). Ainsi, les femmes rencontrées ne perçoivent pas le risque de la même manière que le domaine médical, elles se basent souvent sur leur propre évaluation des symptômes annonçant une maladie grave. Cette différence de représentations des soins prénatals par les femmes et par le domaine médical, peu présent dans les études sur l'utilisation des soins prénatals au Burkina Faso, apporte une compréhension plus élargie du phénomène de non-recours aux soins prénatals. Dans ce sens, la conception culturelle et sociale de la grossesse qui est un état naturel dans le cycle de la vie et non une maladie pour les femmes africaines serait à l'origine de leur distanciation sociale des soins prénatals (Beninguisse et al., 2004). Les femmes interrogées qui n'ont remarqué aucun dysfonctionnement durant leur grossesse ne considèrent pas nécessaire de recourir aux soins prénatals. Aussi, étant donné les conditions de précarité qu'elles vivent, dont les multitudes tâches ménagères, champêtres et économiques, la quête de la santé ne serait pas une priorité pour elles (Rode, 2010). Par conséquent, n'adhérant pas à «l'idéologie de la prévention» (Rode, 2010) elles se retrouvent en marge du système de soins prénatals.

Concernant la non-demande par contrainte, certaines études ont montré que le non-recours est corrélé fortement à la situation sociale des personnes, d'où la relation établie entre précarité et non-recours aux soins (Rode, 2010). Le coût des soins et les faibles capacités financières des femmes et de leurs familles sont en général désignés comme limitant l'accès aux services de santé modernes au Burkina Faso (Ridde et al., 2004). Bien que la politique d'exemption des frais d'utilisation des soins durant la grossesse au Burkina Faso doive permettre une meilleure accessibilité aux soins prénatals à toutes les femmes enceintes, les résultats de cette étude montrent que les coûts relatifs aux soins prénatals restent d'actualité. D'évidence, l'exemption des frais de santé dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne n'est pas toujours respectée par les formations sanitaires, les femmes continuent à assumer des coûts directs et indirects des soins (Mubyazi et al., 2010; Ouattara et al., 2009). De fait, cette étude, comme d'autres études (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012), a révélé qu'il existe un réel manque d'effectivité de la politique d'exemption des soins prénatals au Burkina Faso. Ainsi, les coûts directs et indirects des soins participent à exclure certaines

femmes des centres de santé et par conséquent elles n'anticipent pas ni ne préviennent les risques éventuels liés à la grossesse.

En outre, les inégalités de genre entravent également le recours aux soins prénatals, car les femmes sont sous la dépendance économique et sociale du chef de famille. En général, la négociation avec le chef de famille pour avoir l'argent pour les CPN s'avère difficile (Finlayson & Downe, 2013). Au-delà de la négociation, il s'est révélé dans cette étude que les hommes ne participent pas aux dépenses familiales et par conséquent les femmes prennent en charge les dépenses liées aux soins de leurs enfants et certaines dépenses qui étaient de la responsabilité du chef de famille. En conséquence, leur recours aux soins serait déterminé selon leur position sociale et aucunement par leur autonomie financière, comme cela a été démontré chez les femmes Sénoufo en Afrique de l'Ouest (Fromageot et al., 2005). Au demeurant, certaines femmes n'ont aucun pouvoir de décision concernant le recours aux CPN. Étant prises dans les systèmes de valeur de type patriarcal qui placent les femmes dans des positions inférieures aux hommes, elles éprouvent des difficultés à recourir adéquatement aux CPN. Ce résultat rejoint amplement les études effectuées sur le rôle des inégalités de genre et l'accès aux services de santé reproductive en Afrique subsaharienne (Namasivayam et al., 2012).

Au vu des résultats de cette étude, les expériences antérieures négatives vécues par les femmes dans les centres de santé sont un des motifs de non-recours aux CPN. Plusieurs femmes nous ont parlé de différentes formes de violence. Ces violences symboliques<sup>29</sup> révèlent, d'une part, la mauvaise qualité des soins prénatals reçus sur le plan de l'accueil, de la communication et de la confidentialité. Plusieurs études font part de ces violences sournoises, parfois physiques, qui rendent difficiles les rapports entre le corps médical et les usagères et participent à exclure certaines femmes des centres de santé (Jaffré, 2009; Moussa, 2003, p. 12). D'autre part, ces violences illustrent le paternalisme qui règne dans les centres de santé, notamment dans les maternités où les agents de santé jouent le rôle de «dominants» et les usagères de «dominées». Dans ces rapports hiérarchiques de pouvoir, les usagères des services ne peuvent qu'obéir, donc elles n'ont aucune autonomie dans le

---

<sup>29</sup> En effet, par violence symbolique, nous entendons toutes violences sournoises faites dans l'intention d'assujettir l'autre, les usagères des services de soins, à des normes établies par les acteurs du milieu de soin.

processus de demande et de réception des soins. Notre étude a également révélé que ces rapports de pouvoir se traduisent souvent par la perte d'estime de soi des usagères des services de soins prénatals. Les agents de santé sont perçus par les participantes comme des «*Grandes personnes*» à qui il faut suivre et obéir pour espérer recevoir des soins.

Par ailleurs, les centres de santé seraient imprégnés des normes sociales, comme l'a fait ressortir cette étude, d'où l'utilisation limitée des soins prénatals pour certaines catégories de femme. Des études se sont penchées sur les mères célibataires au Burkina Faso, leur grossesse les expose non seulement à des violences sociales, mais aussi par peur d'être stigmatisées dans les milieux de soins, elles se retrouvent exclues des services de soins prénatals (Ouattara et al., 2009). Cette même peur d'être stigmatisée justifie le non-recours aux CPN des femmes perçues «*vieilles*» et de celles qui ont des grossesses rapprochées comme l'a montré cette étude. Ces deux catégories de femmes subissent l'effet moralisateur des agents de santé sur l'importance de la planification familiale (Moussa, 2003). Tout compte fait, cette étude montre que les différentes violences qu'ont subies les femmes dans les maternités altèrent leur confiance en soi et aux systèmes de soins. Recourir tardivement permettrait à ces femmes d'échapper au système de soins stigmatisant, violent et moralisateur sur les éventuelles dérives des normes sociales.

### **La non-réception des soins**

Il a été question de non-réception dans cette étude, quand la femme est au courant de l'offre de soins, qu'elle y a recouru, mais qu'elle ne l'a pas reçu par refus du prestataire. Les participantes de cette étude et certains informateurs-clés ont soulevé la question de la surcharge du travail des professionnels de la santé comme étant souvent les motifs du refus de soins. Ce résultat laisse penser aux problèmes organisationnels dont font face les structures de santé qui influencent considérablement la qualité des soins donnés (Gross et al., 2011). D'autres études ont montré que le refus de soins n'est pas souvent basé sur l'équité, mais il serait de l'ordre relationnel. Les femmes qui sont connues par les agents de santé ont plus de privilèges à recevoir des soins que les «*inconnues*» (Moussa, 2003). De ce fait, le renvoi des femmes serait de l'ordre de l'arbitraire et participerait amplement au non-recours aux CPN (Mubyazi et al., 2010). *A contrario*, notre étude a montré que la non-



réception des soins prénatals ne découle pas exclusivement des problèmes organisationnels du système de soins, mais également de l'inadéquation de ce dernier aux réalités locales des populations. En effet, plusieurs femmes rencontrées ont été renvoyées des CPN pour motifs de retard ou de confusion de jour de rendez-vous à cause de leur faible niveau de littératie, de leurs occupations diverses ou de leur manque de moyens de transport. De ce fait, les réalités socio-économiques des femmes doivent être considérées dans les milieux de soins pour une meilleure accessibilité de ces services par les populations locales.

### **Limites de l'étude**

Nonobstant l'attention particulière à la rigueur et à la qualité de l'étude, celle-ci comporte quelques limites qui méritent d'être soulevées. Tout d'abord, un biais de désirabilité serait induit par le fait que le recrutement de plusieurs participantes a été réalisé dans les structures de santé et certaines entrevues ont été effectuées non loin de ces structures. Ainsi, certaines participantes ne voulaient pas se prononcer sur les questions portant sur la qualité des services de santé. Certaines précautions ont été prises pour atténuer ce biais, d'abord aucune entrevue n'a été réalisée à l'intérieur des bâtiments de santé, mais souvent sous un arbre très loin de la délimitation de la structure de soins. Ensuite, nous essayions dès notre première approche avec les participantes d'établir un lien de confiance en les rassurant que nous ne sommes pas des professionnels de la santé et nous ne travaillons pas avec les services de santé. Enfin, il faut souligner que compte tenu des contraintes logistiques et économiques, notre étude n'a porté que sur six villages de la commune de Kokologho. Cela limiterait la généralisation des résultats de cette étude à l'ensemble du Burkina Faso, par contre nos résultats sont pertinents et transférables à d'autres contextes semblables à celui étudié. Somme toute, les résultats de cette étude suggèrent que d'autres études portant sur le non-recours aux services de soins prénatals doivent être effectuées au Burkina Faso, afin de déceler les obstacles et les échecs du système de santé (Dupéré et al., 2012; Rode, 2010) et de s'interroger sur la pertinence et l'effectivité des services de santé publique (Warin, 2010b).

## Bibliographie

- Banta, D. (2003). What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? Copenhagen: OMS - Bureau Régional Europe.
- Bédard, Emmanuelle. (2005). *Rapports de genre, sexualité et comportements à risque des clients et autres partenaires sexuels des travailleuses du sexe de Ouagadougou, Burkina Faso*. (Thèse Ph. D.), Université Laval, Québec. Retrieved from Accès via Archimède (HTML) <http://www.theses.ulaval.ca/2005/22928/22928.html>
- Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé. (2012). Rapport sur les subventions publiques dans le secteur de la santé. Burkina Faso: Assemblée nationale.
- Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., & al. (2001). WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care (Brief record). *Lancet*, 357(2), 1565-1570.
- De Sardan, J-P.O., & Ridde, V. . (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11-32.
- District sanitaire de Koudougou. (2012). *Plan d'action 2013 du district sanitaire de Koudougou*. Burkina Faso: Ministère de la santé.
- Dupéré, S., O'Neill, M., & De Koninck, M. (2012). Why men experiencing deep poverty in Montreal avoid using health and social services in times of crisis. *J Health Care Poor Underserved*, 23(2), 781-796. doi: 10.1353/hpu.2012.0071
- Finlayson, K., & Downe, S. (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med*, 10(1). doi: 10.1371/journal.pmed.1001373
- Fromageot, A., Parent, F., & Coppieters, Y. (2005). Femmes, cultures maraîchères et recours aux soins en Afrique de l'Ouest. *Sciences sociales et santé*, 23(4), 49-70.
- Gross, K., Armstrong Schellenberg, J., Kessy, F., Pfeiffer, C., & Obrist, B. (2011). Antenatal care in practice: an exploratory study in antenatal care clinics in the Kilombero Valley, south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(36), 1-11. doi: 10.1186/1471-2393-11-36
- INSD, & ICF International. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA.
- Jaffré, Yannick. (2009). *La bataille des femmes analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Chicoutimi: Bibliothèque Paul-Émile Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi.
- Kisuule, I., Kaye, D. K., Najjuka, F., Ssematimba, S. K., Arinda, A., Nakitende, G., & Otim, L. (2013). Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 121. doi: 10.1186/1471-2393-13-121
- Lawn, J., & Kerber, K. (2006). *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa* Retrieved from <http://www.who.int/pmnch/media/publications/africanewborns/en/index1.html>
- Miles, Matthew B., Huberman, A. M., & Bonniol, Jean-Jacques. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Moussa, H. (2003). *Devoir de soigner et droit d'exercer la violence: ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger*. Bulletin de l'APAD Retrieved from <http://apad.revues.org/205#tocto2n1>.
- Mubyazi, G. M., Bloch, P., Magnussen, P., Olsen, O. E., Byskov, J., Hansen, K. S., & Bygbjerg, I. C. (2010). Women's experiences and views about costs of seeking malaria chemoprevention and other antenatal services: a qualitative study from two districts in rural Tanzania. *Malar J*, 9, 54. doi: 10.1186/1475-2875-9-54

- Namasivayam, A., Osuorah, D. C., Syed, R., & Antai, D. (2012). The role of gender inequities in women's access to reproductive health care: a population-level study of Namibia, Kenya, Nepal, and India. *Int J Womens Health, 4*, 351-364. doi: 10.2147/ijwh.s32569
- Ouattara, F., Bationo, B.F., & Gruénais, M-E. (2009). Pas de mère sans un «mari». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). *Autrepart, 4*(52), 81-94. doi: 10.3917/autr.052.0081
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*: Armand Colin.
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Document électronique réalisé par J-M.Tremblay, bénévole* Retrieved from [http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires\\_alvaro/echantillonnage\\_recherche\\_qualitative/echantillon\\_recherche\\_qual.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillon_recherche_qual.pdf)
- Provalis Research. (2004). *QDA Miner Data Analysis Software: User's Guide*.
- Ridde, V., Nougara, A., & Haddad, S. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité, 3*(2).
- Rode, A. (2010). *Le «non-recours» aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. Institut d'études politiques de Grenoble, France.
- Simkhada, B., Teijlingen, E. R., Porter, M., & Simkhada, P. (2008). Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs, 61*(3), 244-260. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x
- Warin, P. (22 novembre 2011). *Renoncement à des soins et précarité. Intervention de l'Odenore au Colloque sur: Le Renoncement aux soins organisé par la DIRE-DREES-DSS*. France, Paris. <http://odenore.msh-alpes.fr/content/le-renoncement-aux-soins-0>
- Warin, P. (2010). Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? Retrieved from [http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601\\_warin.pdf](http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601_warin.pdf)

## 5.4 Les pistes de solution tirées des propos des femmes

Cette partie présente les résultats en lien avec notre troisième objectif de recherche qui est de présenter les pistes de solution au non-recours aux soins prénatals émanant du discours des femmes interviewées. Les propositions des participantes portaient sur deux thèmes principaux : les solutions pouvant faciliter le recours aux soins prénatals durant leur prochaine grossesse ou celle des femmes qui sont dans la même situation qu'elles et les solutions pouvant améliorer les services de soins prénatals dans leur localité. Les différentes solutions proposées par les participantes ont été regroupées en quatre sous-thèmes qui ont émergé durant l'analyse des données : l'amélioration de la condition des femmes, l'amélioration de la qualité des soins donnés, l'accès à la planification familiale et la sensibilisation des communautés.

### L'amélioration de la condition des femmes

La condition de vie des femmes a été évoquée par la plupart des participantes comme entravant le recours aux CPN au premier trimestre de la grossesse. Certaines femmes considèrent que les solutions relatives au phénomène du non-recours passent d'abord par l'autonomie financière des femmes. Pour ce faire, la création d'activités rémunératrices pour les femmes peut permettre à chacune d'entre elles de franchir les barrières économiques qui entravent souvent l'utilisation effective des soins. Aussi, considérant le fort taux de pauvreté dans les villages, les femmes ont affirmé ne pas avoir de quoi manger à certaines périodes de l'année ce qui peut affecter leur santé ou celle du fœtus. Avoir des activités rémunératrices leur permettra de manger à leur faim et de pouvoir songer à recourir aux soins prénatals adéquatement, comme nous le mentionne une des participantes rencontrées :

*Si par exemple les femmes ont des activités à faire, elles aussi, elles peuvent travailler et avoir des revenus et avoir de quoi manger parce que c'est obligé de faire les pesées. Si quelqu'un gagne à manger puis il est rassasié, il est content, mais si tu n'es pas rassasié et tu rentres te coucher avec la faim c'est la tristesse avec toi, donc le fait que tu sois enceinte..., toi-même tu ne sais pas ce que tu es, ce sont des tristesses. Le fait d'avoir à manger même c'est dur et d'avoir l'argent pour les pesées on n'en parle même pas, donc si tu as une activité à*

*faire que tu puisses enlever manger tu seras content et lorsque tu seras enceinte même à partir de deux mois tu vas aller à la pesée dans le centre de santé. Voilà! (F4, 25 ans).*

Pour l'amélioration des conditions de vie des femmes, hormis le volet économique certaines femmes ont exprimé des facteurs environnementaux qui entravent de façon indirecte leur recours aux soins prénatals, notamment l'absence de l'eau courante dans les foyers. En effet, dans les villages visités les femmes n'ont pas d'eau courante dans leur maison ce qui les expose à une surcharge de travail puisqu'elles sont obligées d'aller puiser l'eau au niveau des forages ou dans les puits souvent éloignés de la concession familiale. Ainsi, pour certaines participantes si l'eau potable était accessible dans leur maison, cela diminuerait leur charge quotidienne de travail et elles gagneraient du temps pour pouvoir recourir adéquatement aux centres de santé.

D'autres femmes, quant à elles, ont mentionné le fait de rendre plus équitable les aides qui sont destinées pour les femmes les plus démunies, elles considèrent que parfois lorsqu'il y a des aides pour les indigents les plus riches y ont accès. Elles proposent alors une meilleure équité dans la gestion des ressources destinées aux plus pauvres :

*Si on pouvait donner à celles qui n'en ont pas pour qu'elles puissent être comme celles qui en ont, ça aussi c'est bien, mais nous les Mossi on est dangereux, quand on dit qu'il y a de l'aide, tu en as ou tu n'en as pas c'est obligé que tu viennes t'ajouter. Quand ils viennent tous comme ça là, celles qui en ont peuvent avoir davantage et laisser encore celles qui n'en ont pas (F20, 35 ans).*

### **L'amélioration de la qualité des soins**

Pour plusieurs femmes rencontrées, l'amélioration de la qualité des soins est primordiale pour que les femmes puissent recourir convenablement aux soins prénatals. La qualité des soins regroupe d'une part la disponibilité des matériels médicaux, du personnel de la santé et la restauration des lieux de soins et d'autre part la qualité des relations interpersonnelles entre soignants-soignées et la qualité des soins dispensés.

La disponibilité des professionnels de la santé dans les différents centres de santé visités semblait préoccuper les participantes de cette étude. Selon elles, pour améliorer le recours aux soins prénatals il faudrait une augmentation des professionnels habilités<sup>30</sup> dans les soins maternels, car le jour des CPN elles quittent très tôt leur maison pour passer la journée au centre de santé et souvent elles se font refuser des CPN. De plus, le manque de professionnels de la santé est conjugué au fait que les centres de santé n'ont pas d'aires de restauration ou de marché pouvant permettre aux usagères de s'alimenter durant les longues heures d'attente : *«Par exemple des agents de santé, si on peut avoir plus..., par exemple on est venu à la pesée ce matin on est assise il n'y a pas un marché à côté pour qu'on puisse acheter la nourriture, mais s'il y a plus d'agents eux aussi ils gagnent le repos, nous aussi on gagne vite, ça aussi ça aide»* (F27, 35 ans). La restauration des bâtiments de soins maternels vétustes a été proposée par quelques femmes qui pensent que les soins pour améliorer leur santé doivent être donnés dans des locaux plus appropriés. Selon une des participantes rencontrées, durant la saison des pluies l'eau coule dans certains bâtiments de la maternité ce qui devient désagréable pour elles.

Par ailleurs, l'amélioration de la qualité des relations entre professionnels de la santé et les usagères des services semble être une des solutions pouvant améliorer le recours aux CPN pour de nombreuses participantes. Pour améliorer les relations souvent tendues entre soignants-soignées les femmes ont suggéré l'entente mutuelle entre les professionnels de la santé et les usagères et la compréhension et la tolérance des agents de santé envers les usagères des services :

*Ça si ce n'est pas nous..., si ce n'est pas les agents de santé et nous, si ce n'est pas..., c'est l'entente seulement, la compréhension s'il y a la compréhension si nous on arrive et puis on ne nous manque pas de respect, on ne crie pas sur nous, sinon ça, ça sera bien. Si tu arrives et ils passent tout leur temps à te lorgner, si on ne vous «soinsé» pas [un bruit de dégoût qu'on fait avec la bouche] ça aussi ce n'est pas bien.* (F 6, 25ans);

---

<sup>30</sup> Ce fait a été remarqué lors de nos passages dans les différents centres de santé, où nous avons remarqué un manque flagrant de professionnels de la santé, souvent un seul agent de la santé était disponible dans un centre de santé fonctionnel.

*Ce que nous voulons c'est que les docteurs aient toujours la tolérance pour pouvoir regarder les femmes, car d'autres n'ont pas la tolérance quand tu arrives on crie sur toi (F3, 22ans).*

Certaines femmes recommandent une meilleure assistance des femmes durant l'accouchement par les professionnels de la santé :

*Ce que moi je veux c'est que lorsqu'une femme se lève pour accouchement, que les agents de santé se lèvent l'aider pour que ça soit un peu facile et de ne pas la laisser seule, de ne pas la laisser souffrir seule, et lorsqu'elles [les sages-femmes] vont se décider à l'aider il se peut qu'elles blessent l'enfant, s'il se trouve que ce sont celles [des femmes] qui ont déjà accouché ça va mieux, mais si c'est ton premier accouchement ça va être difficile (F 4, 25 ans).*

Pour d'autres femmes, la gratuité ou la diminution du prix des médicaments peut être une solution adéquate pour permettre aux femmes de recourir facilement aux services de santé. Dans cette proposition, il faut considérer que nonobstant que certains actes des soins prénatals soient gratuits et connus par plusieurs femmes, certaines femmes ont payé pour avoir les produits du paludisme et du fer et pour d'autres étant donné qu'une maladie curative n'est pas subventionnée durant la grossesse elles étaient obligées de payer des produits pour se soigner : «*Ce sont les comprimés qu'on peut nous aider avec. [...] Si tu prends une grossesse, il y a certaines maladies...le palu ça on n'en parle pas si on gagne ces médicaments c'est bien.*» (F21, 29 ans); ou encore «*Comme ça là, c'est de diminuer encore le prix des produits pour que ceux qui n'en ont pas lorsqu'ils partent pour payer que ça soit facile. Sinon le fait que l'argent soit trop doublé c'est difficile*» (F13, 36 ans).

Pour la seule femme atteinte de VIH que nous avons rencontrée, la solution pour améliorer le recours aux soins prénatals des femmes qui sont dans la même situation qu'elle ou pour qu'à sa prochaine grossesse qu'elle puisse recourir à temps aux CPN est de l'aider à diminuer ou à guérir sa maladie : «*si on peut nous aider pour que la maladie n'ait plus de force ou que ça finisse, ça, ça nous aide (...) Ah, ce que j'ai comme parole, si vous pouvez nous aider pour que ça diminue, c'est ça nous on veut*» (F16, 30 ans). Dans cette proposition, il faut considérer le fait que le non-recours pour cette femme a été essentiellement conditionné par la peur d'être stigmatisée ou discriminée tant dans les services de santé que dans la communauté à cause de sa maladie. Donc, pour elle la fin de

sa maladie peut la rapprocher un peu plus des structures de santé dont elle n'a plus confiance.

### **L'accès à la planification familiale**

L'accès à la planification familiale a été proposé par certaines femmes comme étant une des solutions qui peut les aider à recourir au premier trimestre aux CPN. Pour elles, l'espacement des naissances peut les aider à avoir le contrôle sur leur vie et à avoir une meilleure santé. Cette solution a été surtout mise de l'avant par les femmes qui ont 40 ans, celles qui ont eu des grossesses rapprochées et les femmes célibataires. Pour quelques femmes, les professionnels de la santé ne leur proposent pas l'espacement des naissances, donc elles aimeraient avoir plus de connaissances sur la planification familiale et des méthodes qu'elles peuvent utiliser. Et pour d'autres femmes, l'accès à la planification familiale pourrait leur permettre d'avoir une meilleure qualité de vie et de mieux s'occuper de leurs enfants.

*Si ce sont ces genres de contrainte, ici dans le village lorsque nous accouchons, nous ne pouvons pas avoir un temps d'espacement de deux ans ou trois ans, mais si nous gagnons qu'on nous aide avec de quoi espacer les naissances, par exemple en consultation [dans les centres de santé] on ne nous donne rien. [...] Une aide comme les comprimés pour que si nous prenions la grossesse après l'accouchement que ça nous permet de faire au moins trois ans avant de prendre une autre grossesse, ce n'est pas mieux? [Rire] (F21, 29 ans);*

*Le problème de l'accouchement ce n'est pas facile, maintenant si tu accouches c'est toi la femme qui va savoir, pour que l'enfant s'habille c'est toi, s'il est malade tant que ce n'est pas grave au point qu'on va vous transférer à Ouagadougou ou à Koudougou pour que le gars puisse s'engager; [...] on ne te demande pas où tu es [la femme se débrouille seule]. Donc, ça fait que si tu gagnes la planification familiale et puis ça vaut quatre ou cinq enfants, tu ne vas pas te chercher [arrêter d'accoucher] pour avoir une longue vie, pour pouvoir t'occuper de ceux-là (F5, 40 ans).*

Pour les femmes célibataires rencontrées, elles considèrent que c'est parfois difficile pour elles d'avoir accès aux méthodes contraceptives proposées dans les centres de santé. En outre, quand elles demandent la contraception dans les formations sanitaires, les agents de la santé ne leur proposent que la pilule contraceptive qu'elles estiment inadéquate puisqu'il



est difficile, selon elles, de respecter sa prise régulière. Elles déplorent le fait qu'aucune autre méthode contraceptive ne leur soit proposée pour avoir un meilleur contrôle de leur sexualité.

*Ce qu'on peut faire pour aider là si ce n'est pas la planification familiale dont on parle, car beaucoup d'agents de santé n'acceptent pas... Comme les élèves, si tu pars pour qu'on t'aide ce sont les petits, petits comprimés qu'on prend te donner et pourtant on dit généralement que ça ce n'est pas bien que ça trompe les gens, ça fait que si ce n'est pas que tu as accouché ils n'acceptent pas te piquer ou mettre ce qu'on met au niveau de la main. [Nous lui avons demandé pourquoi les comprimés ne sont pas adéquats pour elle]. Ça n'aide pas, tu peux..., comme ce sont des petits comprimés là tu peux prendre ça sera comme si tu n'as pas pris ou tu peux prendre et croire que tu n'as pas pris ou tu peux ne pas prendre et croire que tu as pris, comme c'est petit. (F 3, 22ans).*

Également, lors de notre rencontre avec une informatrice-clé, elle a proposé comme solution pour améliorer le recours au CPN, de rendre accessible et abordable la planification familiale. Selon elle, la pilule contraceptive coûte très cher pour les femmes qui vivent dans les villages. En guise d'exemple, elle nous donne le prix de la contraception orale : la plaquette de comprimés coûte 200 francs CFA (0,47 CAD), pour pouvoir assurer de les prendre durant trois mois il faudrait avoir 600 francs CFA (1,40 CAD), et l'injectable coûte plus cher. De ce fait, le manque d'argent favorise les grossesses non désirées, car certaines femmes peuvent commencer la contraception et au bout de trois mois si elles n'ont plus d'argent, elles abandonnent jusqu'au moment où elles auront l'argent pour recommencer la prise de la contraception (Informatrice-clé : Dolotière).

### **La sensibilisation des communautés**

La sensibilisation ou le fait de donner des conseils a été mentionné par plusieurs femmes comme solution pour améliorer le recours aux soins prénatals. Dans ce sens, certaines femmes et quelques informateurs-clés ont parlé de la sensibilisation des hommes pour qu'ils s'impliquent davantage durant la grossesse et dans l'utilisation des méthodes contraceptives. Pour certaines participantes, il est indispensable de discuter avec les hommes, car les femmes sont invitées souvent aux causeries concernant la santé des mères

et des enfants, beaucoup d'entre elles connaissent les bénéfices des CPN, mais cela n'est pas le cas pour les hommes :

*Ce que je veux poser wôh, si ce n'est pas parce que vous avez dit que vous n'êtes pas des agents de santé, quand vous causez avec les femmes comme ça est-ce que vous pouvez réunir les hommes aussi causer, sinon chaque fois c'est avec nous les femmes vous causez et les hommes n'entendent pas, c'est comme si c'est zéro, huh! (F15, 40 ans).*

Cependant, il faut reconnaître que la sensibilisation des hommes dans les villages n'est pas chose facile selon plusieurs personnes avec qui nous avons discuté. En effet, souvent les hommes considèrent certains sujets ne concernant que les femmes, donc il s'avère parfois difficile de les parler de certaines problématiques relevant de la santé maternelle. Selon la dolotière par exemple, il serait difficile de sensibiliser les hommes sur l'importance de la planification familiale. Selon sa pensée, souvent quand il y a des causeries organisées dans les centres de santé portant sur ce sujet, les hommes vont y assister, mais après ils vont mal juger et mal interpréter ce qui leur a été dit. Cela est dû, selon elle, par le fait que l'exemple n'est pas donné au niveau de la communauté par ceux qui représentent la santé notamment les professionnels de la santé. Certains agents de santé ont souvent plusieurs femmes et beaucoup d'enfants, ce qui fait que les villageois ne prennent pas au sérieux ce qu'ils leur disent, car pour eux si la planification familiale était bénéfique les agents de santé seront les premiers à l'adopter.

Pour d'autres, la sensibilisation doit être d'abord faite au niveau de la population féminine notamment sur la gratuité des soins prénatals, sur l'importance des CPN pour la santé de la future mère à travers les canaux médiatiques (Informateurs-clés : Accoucheuse villageoise et Sage-femme). Par contre, pour certaines participantes, la sensibilisation des femmes doit porter essentiellement sur le mode de fonctionnement des CPN, dont le nombre de mois qu'il faudrait faire la première CPN, ce qui est gratuit et ce qui ne l'est pas et sur l'importance des CPN pour leur grossesse et pour leur futur bébé. Finalement, les femmes célibataires considèrent que la sensibilisation doit être faite au sein même des communautés en parlant avec les pères de famille à être plus tolérants avec leur fille qui prend une

grossesse hors mariage et à sensibiliser aussi les femmes sur le fait que la grossesse ne doit pas être une honte.



## **Chapitre 6      Discussion des résultats**

Cette étude qualitative inspirée de l'ethnographie portait sur les raisons du non-recours aux soins prénatals par les femmes âgées de 18 ans et plus habitant dans la commune rurale de Kokologho. Elle a tenté avec différents techniques de collecte de données de comprendre les logiques qui sous-tendent le choix des femmes à renoncer ou à recourir tardivement aux soins prénatals durant la grossesse. Cependant, tel que décrit au chapitre 5, lors de la collecte des données nous n'avons pas pu recruter de femmes qui ont renoncé aux soins prénatals malgré les efforts déployés. Pour comprendre les motifs du non-recours, trois objectifs étaient poursuivis. D'abord, nous voulions décrire l'expérience et la perception de grossesse des participantes et leurs parcours de soins prénatals. Ensuite, nous souhaitions documenter leurs raisons de renoncement ou de recours tardif aux services de soins prénatals et, enfin, nous désirions proposer des solutions selon la perspective des femmes rencontrées pouvant améliorer le non-recours aux soins prénatals dans la commune rurale de Kokologho. Les résultats de notre recherche nous ont permis d'établir les différentes connaissances tirées du milieu de l'étude qui expliqueraient les raisons du recours tardif aux soins prénatals. Ainsi, ce présent chapitre a pour but d'interpréter et de discuter les résultats de cette recherche et de proposer des recommandations. Nous tenons à noter que certains résultats déjà discutés dans l'article seront discutés à nouveau, mais de façon plus approfondie.

### **6.1 Vécu et perception de la grossesse et recours tardif aux soins prénatals**

D'emblée, il apparaît dans cette étude que la perception et le vécu de la grossesse par les participantes sont façonnés par leur environnement social et économique et participeraient à leur recours tardif aux soins prénatals.

D'une manière générale, l'effet du vécu et de la perception de la grossesse sur le recours tardif aux soins prénatals peut être compris à travers les inégalités sociales présentes au Burkina Faso. En effet, subissant les inégalités sociales de genre, les femmes n'ont souvent

pas accès comme les hommes aux différentes ressources scolaires, sanitaires ou économiques et plus encore elles n'ont pas toujours le pouvoir d'agir sur leur santé (Bédard, 2005). Hormis les inégalités existant entre les hommes et les femmes la population féminine n'est pas homogène. Cette étude, à l'instar d'autres (Faye, 2008; Jaffré, 2009; Magadi et al., 2007; Moussa, 2003; Ouattara et al., 2009), a montré que toutes les femmes n'ont pas les mêmes potentialités d'accès aux soins de santé maternelle. Pour mieux cerner le rôle des inégalités dans le vécu et la perception de la grossesse et dans le recours tardif aux soins prénatals, nous allons discuter dans les lignes qui suivent l'effet des normes socioculturelles entourant la grossesse et de la vulnérabilité économique et sociale des femmes sur le recours tardif aux CPN.

### **6.1.1 Normes socioculturelles entourant la grossesse**

Au vu de nos résultats de recherche, il s'avère que la grossesse est considérée dans le milieu de l'étude comme un état naturel qui est une obligation sociale pour toute femme mariée. Il est coutume en ASS d'entendre que la femme ne s'accomplit que lorsqu'elle est mère. La maternité est alors une chose importante dans la vie des femmes africaines, elle leur confère un prestige social et elle est perçue par les femmes et leur entourage comme étant une confirmation du mariage et une obligation (Bonnet, Desjeux, & Desjeux, 1983; Rookhuizen & Helleman, 1986). La femme a donc l'obligation dans cette forme de pensée de renouveler l'espèce. Conséquemment, toute autre forme de sexualité qui n'a pas pour but la reproduction est considérée comme étant «déviant» et elle est «bannie» et «marginalisée» dans la société (Bédard, 2005). Cela nous emmène à penser aux rôles respectifs inscrits dans les corps des hommes et des femmes, où le corps est formaté à être le réceptacle des normes sociales. Cette étude, à l'instar d'autres (Beninguisse et al., 2004), a révélé que la maternité reste un domaine réservé aux femmes où les hommes y sont exclus et par conséquent s'auto-excluent en n'apportant ni soutien psychologique ni financier à leur femme enceinte, ce qui participe amplement à rendre plus vulnérables les femmes durant cette période et diminue leur possibilité d'accessibilité aux soins prénatals.

Par ailleurs, la dépendance des femmes envers les hommes, en termes économique et de prise de décision pour recourir aux centres de santé, restreint leur pouvoir de décision sur le

recours aux soins prénatals. Ainsi, l'autonomie des femmes a un effet considérable sur le recours aux soins de santé maternelle en ASS (Adjiwanou, 2014; Finlayson & Downe, 2013; Namasivayam et al., 2012). Nos résultats ont révélé un réel manque de pouvoir de décision de certaines femmes qui limiterait d'ailleurs l'effet de leur pouvoir économique sur le recours aux soins prénatals comme cela a été constaté dans d'autres études (Fromageot et al., 2005). Le manque d'autonomie décisionnelle des femmes doit, cependant, être compris à travers leur contexte socioculturel. Certaines études soutiennent que le capital humain de la femme, dont sa capacité à négocier avec le mari, est déterminant dans le processus de demande de soins et elle lui confère une position sociale privilégiée (Faye, 2008; Finlayson & Downe, 2013). En outre, les femmes n'ont pas les mêmes degrés de liberté pour recourir aux soins selon leur situation matrimoniale ou leur statut au sein de la famille ou de leur communauté, comme cela a été souligné dans l'étude de Fromageot et al. (2005). Cela met en exergue l'importance pour les futures recherches de considérer différents niveaux individuels et contextuels dans la compréhension de l'autonomie des femmes dans les pays d'ASS.

#### *6.1.1.1 Exclusion et stigmatisation sociales: les réalités de certaines femmes*

Si la stérilité est mal vue et que la grossesse est valorisante pour les femmes rencontrées, nonobstant il n'est pas permis à toute femme de tomber enceinte. Les normes sociales établissent un non-droit d'enfantement à certaines femmes, dont celles qui n'ont pas de mari, celles qui ont des grossesses rapprochées et celles qui sont perçues comme étant «vieilles». La grossesse expose ces femmes à des violences symboliques inscrites dans les inégalités sociales de genre et qui participent par ailleurs à les exclure de la vie sociale, mais également du système de soins. Cet état des faits a été rapporté par différentes études faites au Burkina Faso et dans d'autres pays d'ASS (Faye, 2008; Moussa, 2003; Ouattara et al., 2009; Storeng & Ouattara, 2008). Ces femmes sont obligées de cacher leur grossesse pour échapper au rejet, à la stigmatisation ou à l'exclusion qu'elles subissent dans leur communauté. Par le fait même, le vécu d'une grossesse peut différer considérablement en fonction des femmes. Poursuivant cette réflexion, il est important de nuancer que si certaines catégories de femmes sont obligées de cacher leur grossesse et recourent tardivement aux soins prénatals, pour d'autres femmes la grossesse est gardée secrète par

préférence (Beninguisse et al., 2004; Jaffré, 2009; Mathole et al., 2004; Ndiaye, Dia, Diediou, Dieye, & Dione, 2005). Selon ces études, le fait de cacher la grossesse par préférence aux premiers mois relève de l'ordre du surnaturel. Recourir tardivement aux CPN s'explique par les croyances locales qui prônent la discrétion de la femme durant le premier trimestre de la grossesse pour éviter les esprits maléfiques. Cette dimension n'a cependant pas été évoquée par les participantes de cette étude qui, par préférence, n'ont pas divulgué leur grossesse à leur entourage. Nous pensons que la désirabilité sociale a pu influencer leur discours sur cet aspect.

Comprendre l'exclusion de certaines femmes de leur communauté et des milieux de soins nous amène à poser un regard sur l'influence du désir et de la planification de la grossesse dans les mécanismes de recours aux soins prénatals. Nos résultats d'étude ont montré que généralement la planification de la grossesse est d'abord de l'ordre social, autrement dit la société doit s'y attendre avant d'être de l'ordre personnel, voulue par la femme. Les femmes faisant partie des catégories qui n'ont pas le droit d'enfanter selon les normes sociales ont tendance à avoir honte de leur grossesse, à la cacher et à ne pas la désirer (Ndiaye et al., 2005). Cela explique d'ailleurs leur recours tardif aux CPN qui est un moyen pour elles de s'auto-exclure des milieux de soins et souvent des milieux sociaux. Ainsi, ces résultats ouvrent la voie à se questionner sur l'effet du contrôle social dans le processus de non-recours aux soins prénatals.

Ce contrôle social apparaît dans cette recherche sous différents angles. En premier lieu, les femmes sont sous le contrôle de leur communauté où le respect des rôles sociaux attendus d'elles est primordial. Leur transgression des normes établies entraîne *ipso facto* des conséquences sociales et symboliques infligées par les membres de leur communauté.

Pour le cas des célibataires mères, leur grossesse les expose à une vulnérabilité économique et sociale, car la norme sociale préconise le mariage avant la grossesse. Ces femmes qui commencent leur vie génésique avant le mariage risquent d'être reniées par leurs familles, chassées de leur maison ou stigmatisées comme des «femmes faciles» (Storeng & Ouattara, 2008). «La fécondité est ainsi, comme le disent les Mossi, "une affaire de lignage" (*buud yelle*) qu'implique l'idée déjà évoquée d'une responsabilité collective à l'intérieur du



lignage» (Bonnet, 1988, p. 58). Cette croyance expliquerait en effet l'acharnement de la communauté à contrôler la fécondité de la femme qui n'est pas seulement biologique, mais «une reproduction sociale». En outre, étant confrontées aux rapports de pouvoir inégaux avec les hommes, les mères célibataires ont du mal à faire reconnaître leur grossesse par le futur père. Ce résultat est corroboré par d'autres recherches effectuées au Burkina Faso (Storeng & Ouattara, 2008). Ces études à l'instar de celle-ci montrent comment la grossesse d'une femme célibataire conduit à des punitions symboliques et sociales légitimées à travers «une intériorisation» des normes sociales par les femmes, donc à une culpabilisation permanente de tomber enceinte. Par conséquent, ces femmes célibataires ont tendance à ne pas désirer leur grossesse, à s'auto stigmatiser et finalement à se mettre à l'écart du système de santé pour échapper à différentes formes de punitions dont les dénigrement ou les rejets. Ainsi, comme le mentionne Faye (2008) dans son étude effectuée au Sénégal, l'exclusion sociale des mères célibataires les rend vulnérables économiquement et socialement et par ailleurs elle détermine leur parcours thérapeutique. Le statut matrimonial demeure un déterminant crucial du statut social de la femme et du recours ou non-recours aux services de soins (Faye, 2008; Ouattara et al., 2009; Rwenge & Tchamgoue-Nguemaleu, 2011; Simkhada et al., 2008).

Pour le cas des femmes considérées comme étant «vieilles», leur grossesse est une honte pour elles et pour leur communauté. Comme le souligne certains travaux anthropologiques effectués au Burkina Faso, les «vieilles» ayant acquis de l'expérience à travers leur vie génésique ont le rôle social d'inculquer la compétence maternelle aux jeunes femmes primipares et d'éduquer leurs enfants (Vinel, 2005). Pour ce faire, ces femmes ne doivent pas enfanter en même temps que leur fille ou leur belle-fille pour pouvoir assurer ce rôle. La vieillesse résulte, alors, d'une construction sociale de cet âge qui souvent n'est pas déterminé en terme numérique. Vinel (2005) note, comme nous l'avons constaté dans le cadre de cette recherche, que les vieilles femmes sont celles qui «n'ont plus de force» à faire certains travaux physiques. Leur grossesse est une forme de transgression aux normes sociales puisque ne respectant pas les rôles qui leur sont prescrits. Nos résultats montrent que la représentation sociale des «vieilles» serait un facteur consistant dans l'explication du recours tardif aux soins prénatals. Par conséquent, ils remettent en cause le simple rapport

de causalité fait entre l'âge et le recours aux soins. La construction sociale d'une catégorie d'âge semble importante pour mieux comprendre les mécanismes d'utilisation des services de santé maternelle par les femmes.

Une autre catégorie de femmes est soumise également à la restriction sociale de l'enfantement à une période de leur vie, ce sont les femmes qui ont des grossesses rapprochées. À la naissance d'un enfant, les femmes mûres ont l'obligation socialement de contrôler leur sexualité durant la période de l'allaitement (Vinel, 2005). Ce contrôle sexuel et les conséquences qui en découlent sont souvent attribués à la seule responsabilité de la femme. En conséquence, si la femme qui allaite tombe enceinte elle se retrouve stigmatisée et rejetée socialement, d'où la peur de recourir aux CPN.

Tout compte fait, il faut retenir de ces différentes restrictions d'enfantement qu'elles ne sont soumises qu'à l'entière responsabilité des femmes, toute déroute sociale et les conséquences sociales qui s'en suivent n'incombent qu'à la femme mère. Les hommes se retrouvent exemptés de toute forme de sanction. Cela dévoile, en effet, les normes sociales de genre qui confèrent aux hommes un pouvoir absolu sur les femmes qui sont surveillées socialement, notamment sur leur sexualité. Cependant, bien qu'il existe beaucoup de travaux effectués en ASS sur les mères célibataires et leur utilisation des services de SMNI, il manque d'études approfondies concernant les femmes perçues «vieilles» et celles qui ont des grossesses rapprochées.

En second lieu, le contrôle exercé sur la sexualité de ces différentes catégories de femmes est perceptible dans les centres de santé. Les professionnels de la santé y prônent le respect des normes sociales souvent mélangées aux normes médicales axées sur la notion du risque. Les violences sociales que subissent les catégories de femmes dénommées plus haut ne reflètent pas seulement des discours issus du domaine socioculturel, mais également de l'idéologie véhiculée dans les centres de santé, notamment l'utilisation de la planification familiale. Par conséquent, le fait que les «vieilles» femmes et les femmes qui ont des grossesses rapprochées n'ont pas adhéré à la planification familiale les expose à un sentiment de honte et de culpabilité envers le système de soins (Moussa, 2003). Ces femmes subissent souvent le paternalisme des agents de santé qui, comme démontré au

Niger (Moussa, 2003), les soumettent hors de leur volonté à la planification familiale. Cet état des faits explique leur manque d'information sur les méthodes contraceptives qui sont prescrites ou conseillées à la femme de façon «unilatérale» sans «échange dialogique» entre soignant-soignée et permet de comprendre, entre autres facteurs, la sous-utilisation de la planification familiale par les femmes observée dans les différents villages de la commune que nous avons visités.

Tel que nous l'avons abordé dans l'article, l'exclusion, la stigmatisation ou l'humiliation de certaines femmes dans les milieux de soins peut être expliquée par l'infiltration des normes sociales dans les milieux de soins. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que les professionnels de la santé appartenant à la société ont du mal à se détacher des normes qui y sont en vigueur. Comme le souligne Jaffré (2009) les centres de santé, tout en générant des normes, sont influencés par des logiques extérieures «aux multiples identités - "genrée", sociale, culturelle, économique, ethnique, professionnelle, politique - et ce qui se passe lors de la prise en charge des patientes s'apparente à une mise en scène des modes de rapports pluriels présents au sein de la société» (p. 274). Conséquemment, certaines femmes évitent les milieux de soins, d'où leur recours tardif aux CPN qui est une façon pour elles de se protéger de toute forme de stigmatisation ou d'humiliation. Ces agissements présents dans les centres de santé font naître chez les utilisatrices des services de soins prénatals une culpabilisation qui est axée sur l'auto-contrôle<sup>31</sup> (Petersen et Lupton, 1996 cité dans Massé & Saint-Arnaud, 2003). Ils génèrent, en plus, un contrôle entre les femmes au sein de la communauté. Cette forme de contrôle social pourrait expliquer d'ailleurs le manque d'estime de soi de certaines femmes rencontrées qui les conduit à s'auto-stigmatiser comme des femmes «fautives» à qui les professionnels de la santé doivent montrer «ce qui est bien». De ce fait, l'offre publique génère en elles un sentiment de honte au lieu de l'estime de soi et du respect qu'elle est censée produire (Mazet, 2010).

Ces différents constats mettent en évidence la rupture des liens de confiance entre ces populations féminines et le système de soins, et de leur manque de confiance en soi exacerbé par le contrôle social dont elles sont victimes. Par conséquent, le non-recours ou

---

<sup>31</sup> La pensée de ces auteurs s'insère dans une perspective foucaultienne.

le recours aux soins prénatals va dépendre «pour partie de la confiance en soi (des individus en eux-mêmes), de la confiance dans le contenu de l'offre et le prestataire, et de la confiance dans la tournure des événements (dans l'échange lui-même).» (Warin, 2010b, p. 8). C'est le cas d'une autre catégorie de femmes peu présente dans cette étude<sup>32</sup>, celles qui sont atteintes de VIH. Le fait que leur maladie est assimilée à la honte et à une forte stigmatisation dans la société les expose à ne pas recourir aux CPN, car n'ayant pas confiance aux agents de santé et par conséquent à la confidentialité du système de soins comme nous l'avons exposé dans l'article. D'autres études sont, cependant, nécessaires pour approfondir le rapport entre cette catégorie de femmes avec les services de soins prénatals au Burkina Faso.

#### *6.1.1.2 Différences dans la représentation de la grossesse : savoir populaire versus savoir médical*

Au vu des résultats de cette recherche, les représentations sociales de la grossesse par les femmes rencontrées vont à l'encontre de celles médicales. En effet, selon nos observations faites sur le terrain de l'étude et des paroles des participantes et informateurs-clés, la grossesse est considérée dans ce milieu comme étant naturelle, elle ne nécessite pas une prise en charge médicale. Ces résultats ont été observés dans d'autres études effectuées en ASS (Beninguisse & De Brouwere, 2004; Beninguisse et al., 2004; Finlayson & Downe, 2013; Kisuule et al., 2013; Mathole et al., 2004). L'antagonisme existant entre les normes médicales et celles sociales entourant la grossesse et les soins prénatals apparaît dans cette étude comme étant une barrière consistante à l'accès aux soins prénatals. Cet antagonisme s'expliquerait par différents processus qui prennent en considération les pratiques et croyances culturelles et médicales et les situations de vie des femmes.

D'une part, si la grossesse est un processus normal pour les femmes, dans le domaine médical toute grossesse présente un risque qu'il faut prévenir ou traiter, d'où l'importance et le sens même des soins prénatals. Par contre, cette notion de risque médical semble absente de la conception des femmes rencontrées, ce qui peut s'expliquer par le contexte de précarité qu'elles vivent. Certaines études (Massé, 1995; Rode, 2010) ont montré que la

---

<sup>32</sup> Nous n'avons pu recruter qu'une seule femme atteinte de VIH, nos analyses restent limitées.

culture de la prévention n'a peu de sens dans la réalité des personnes qui vivent en situation de précarité, car elle exige une certaine habilité de pouvoir se projeter dans l'avenir et de connaître les causes et les conséquences des problèmes sanitaires. D'autre part, le fait que les soins prénatals soient considérés par les femmes comme étant curatifs et non préventifs participe à leur recours tardif. La perception d'une maladie grave contribuerait à les inciter à recourir aux CPN, d'où le fait que la plupart des participantes ont recouru à leur première CPN à cause d'une maladie perçue grave. Cela nous amène à nous questionner sur les représentations sociales de la maladie durant la grossesse par les femmes burkinabées et comment elles influencent leurs demandes de soins. Pour toutes ces raisons, l'antagonisme entre les normes médicales et celles des usagères pose la question du non-recours comme étant un choix autonome qui résulte du fait que les femmes «s'appuient sur leur propre système de valeurs, ou vision des choses, pour refuser l'offre publique» (Mazet, 2010, p. 8).

Dans la même veine, il est à souligner que cette dichotomie de représentations de la grossesse crée une autre forme de non-recours, l'inobservance thérapeutique. En effet, nos résultats ont révélé que les femmes ne respectent pas les prescriptions médicales, comme l'arrêt du travail. Étant obligées de travailler pour leur survie économique et alimentaire et aussi percevant le travail comme important pour un accouchement facile, les femmes n'adhèrent pas à cette prescription médicale. L'inobservance thérapeutique peut également être perçue dans les normes alimentaires ou comportementales adoptées culturellement par les femmes. Nos résultats comme d'autres (Beninguisse & De Brouwere, 2004) ont montré que les femmes bannissent certains aliments ou comportements pour éviter une fausse couche, un accouchement difficile, des conséquences obstétricales ou physiologiques du futur enfant. Bien que ces interdits socioculturels aient un sens pour la communauté et pour la femme, il n'en demeure pas moins qu'ils s'opposent souvent aux recommandations des professionnels de la santé qui n'ont pas cette même logique de prévention. Cependant, notre étude reste fragmentaire pour ce volet, car elle ne s'est pas intéressée aux prescriptions ou proscriptions des agents de santé durant la grossesse. Nous recommandons que d'autres études puissent être faites sur ces différents interdits alimentaires et

comportementaux qui changent d'un milieu culturel à un autre et leur effet sur le recours aux soins prénatals.

### *6.1.1.3 L'hôpital la seule alternative de soins durant la grossesse et l'accouchement?*

Dans cette étude, nous nous sommes intéressées au rapport des femmes qui ont recouru tardivement à leur première CPN aux différentes sources de soins durant la grossesse. Trois différentes sources de soins se sont dessinées à travers les paroles des femmes : les services de soins prénatals, les soins traditionnels et l'automédication. Il ressort de nos résultats que durant la grossesse l'hôpital est généralement la seule alternative de soins pour les femmes enceintes rencontrées. Peu de femmes ont affirmé avoir recouru aux savoirs et pratiques traditionnels ou à l'automédication. L'importance des services médicaux pour les femmes se situe par rapport à leur perception de fiabilité (Beninguisse et al., 2004) et par le fait qu'ils demeurent indispensables, car ne pas faire au moins une CPN durant toute la grossesse les expose à des punitions symboliques dans les maternités. Ainsi, les femmes préfèrent recourir aux CPN, et même tardivement, pour pouvoir obtenir le carnet de maternité qui garantit un accouchement facile. Cet état des faits montre, en effet, la coercition qui règne dans les milieux de soins et qui selon Massé and Saint-Arnaud (2003) «suppose l'usage de menaces de sanctions, réelles ou fictives, voire de la force, dans l'éventualité du non-respect d'une directive, d'une réglementation» (p. 235).

Cependant, toutes les femmes répondaient à la négative lorsque nous leur demandions si elles ont eu recours à la médecine traditionnelle. Cet état des faits soulève des interrogations sur certaines limites méthodologiques de cette recherche ou sur la définition même de la médecine traditionnelle par les femmes.

D'abord, le fait que les femmes n'ont pas affirmé avoir recouru à la médecine traditionnelle ne serait-il pas dû à la désirabilité sociale? Nous pensons que la prédominance du discours biomédical et de la médecine occidentale sur toutes les autres sources de soins existantes pourrait avoir influencé le discours des participantes sur leur recours à la médecine traditionnelle. Ce constat s'avère plausible en nous référant aux résultats d'autres études effectuées en ASS qui ont révélé que les femmes enceintes recourent à différentes formes

de rituels, dont la consultation divinatoire (Beninguisse & De Brouwere, 2004; Jaffré, 2009). En plus, le fait que la médecine traditionnelle soit beaucoup plus accessible financièrement et culturellement que la médecine moderne peut contribuer à leur utilisation par les femmes plus démunies (Beninguisse et al., 2004; Faye, 2008; Mathole et al., 2004).

Autrement, l'inutilisation de la médecine traditionnelle ne serait-elle pas due au fait que la grossesse ne nécessite pas une prise en charge par les guérisseurs traditionnels, étant donné que ces derniers s'occupent généralement des traitements de la stérilité ou des accouchements difficiles<sup>33</sup>? Dans ce dernier cas, la prise en charge de la grossesse sera surtout assurée par les «vieilles» femmes, parentes de la femme enceinte, qui conseillent des prescriptions ou proscriptions culturelles ou qui recommandent certaines plantes qui peuvent contribuer au bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Cela peut, en effet, avoir eu à influencer les réponses des femmes rencontrées. De ce fait, n'ayant pas consulté de tradipraticiens, l'utilisation de la médecine traditionnelle a été rejetée *in extenso* par l'ensemble des participantes. Par contre, certaines participantes ont affirmé avoir utilisé des pratiques, méthodes ou savoirs pour prévenir ou soigner en vue du bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Ces affirmations entrent parfaitement dans le cadre de la médecine traditionnelle qui selon l'OMS réfère à «la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales» (Site de l'OMS :[http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/fr/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/)).

Nos résultats montrent toute la complexité de cerner l'itinéraire thérapeutique dans un contexte de pluralité d'alternatives de soins. Il est important dans ces contextes que les futures études se focalisent «sur l'étude des cheminements thérapeutiques individuels, dans un souci (postmoderne) de la contextualisation des pratiques de soins, de la construction individuelle du sens, de l'indétermination et l'imprévisibilité des démarches de recherche d'aide» (Massé, 2001, p. 155).

---

<sup>33</sup> Ce constat a été pensé à la suite de la rencontre que nous avons eue avec un tradipraticien de la communauté.

## 6.1.2 L'effet de la vulnérabilité sur le recours tardif aux CPN

Les résultats de cette étude ont révélé que le contexte de vie des femmes rencontrées est empreint de précarité économique et sociale qui entrave considérablement l'utilisation effective des soins prénatals. Bien que dans l'ensemble du Burkina Faso il a été établi que différentes mesures ont permis l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les populations les plus pauvres, il demeure que certains obstacles tant au niveau contextuel qu'individuel entravent considérablement l'accessibilité aux soins prénatals par les femmes surtout dans les zones rurales.

### 6.1.2.1 Précarité économique et sociale des femmes

Plusieurs études ont établi que les femmes qui habitent dans les zones rurales en ASS ont plus de difficulté à avoir accès aux services de soins prénatals compte tenu de leur faible niveau d'éducation et économique (Ali et al., 2010; Ridde et al., 2004; Simkhada et al., 2008; Tann et al., 2007). Ainsi, le recours tardif aux soins prénatals des participantes est associé à leur environnement social et économique qui participe amplement aux mécanismes de recours ou non-recours aux soins (Pascal et al., 2006; Rode, 2010).

Dans le contexte burkinabé, eu égard des inégalités sociales les femmes sont les plus confrontées à la pauvreté. Cette situation est plus préoccupante en milieu rural, où les femmes ont plus de difficulté à avoir accès aux terres agricoles et le fait qu'elles soient peu éduquées<sup>34</sup> participe grandement aux difficultés économiques dont elles font face (INSD & ICF International, 2012). En effet, les personnes moins éduquées sont les plus démunies économiquement (Fournier & Haddad, 1995), car ne pouvant accéder aux différentes sphères économiques de la société. En outre, certaines participantes nous ont mentionné la recrudescence de leur vulnérabilité économique et sociale durant la période de leur grossesse, car elles ne pouvaient pas cultiver, cela les expose à vivre des insécurités alimentaires et économiques et participe alors à leur recours tardif aux CPN par manque de moyens financiers.

---

<sup>34</sup> En milieu rural seulement 11% des femmes sont alphabétisés contre 25% des hommes (INSD & ICF International, 2012)



Bien que l'utilisation des soins soit souvent expliquée par les caractéristiques des femmes africaines, dont leur niveau d'éducation ou leur possibilité économique (Kisuule et al., 2013; Ridde, 2004; Ridde et al., 2004; Simkhada et al., 2008; Tann et al., 2007), notre étude a révélé que les différentes vulnérabilités des femmes dans ce contexte résulteraient également d'autres facteurs contextuels, politiques et institutionnels.

En premier lieu, la défaillance notée dans la politique d'exemption des soins préventifs durant la grossesse est source d'exclusion de certaines femmes des services de soins prénatals. Les femmes assument les coûts directs et indirects des soins prénatals, c'est le cas dans d'autres pays de l'ASS (Finlayson & Downe, 2013; Mubyazi et al., 2010; Ouattara et al., 2009). Le paiement direct des soins prénatals est dû en grande partie à un manque d'efficacité dans la mise en œuvre de cette politique. Les ruptures fréquentes de médicaments et de consommables médicaux et l'inapplication de la gratuité dans certains centres de santé entravent considérablement le recours aux CPN (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012; De Sardan & Ridde, 2012). Aussi, il faut souligner que les ruptures de stock installent un système de «racket» dans les services de santé. Certains professionnels de la santé profitant des défaillances de la politique vendent illicitement les actes compris dans la gratuité des soins prénatals comme cela a été soulevé par De Sardan and Ridde (2012). Ce système de «racket» participe amplement à l'incompréhension de la politique par les usagères des services qui n'arrivent plus à savoir les actes qui sont réellement gratuits et se retrouvent dans un système où la gratuité ne s'applique pas de la même manière dans les maternités. Ces résultats soulèvent, une fois de plus, la question du manque de confiance envers le système de soins que ces dysfonctionnements suscitent chez les usagères et ils posent les problèmes d'accessibilité financière aux soins qui semblaient être révolus, du moins partiellement, avec la politique d'exemption en vigueur. En conséquence, comme le suggèrent De Sardan and Ridde (2012), pour de meilleurs effets bénéfiques des politiques d'exemption il faudrait que les États africains repensent à leur mise en œuvre qui est problématique dans plusieurs pays. Pour ce faire, la participation des communautés, la disponibilité des ressources destinées à ces politiques et l'adéquation de ces politiques aux réalités sociales des usagers doivent être privilégiés pour favoriser une meilleure confiance

des populations envers le système de soins et d'éradiquer certaines barrières financières liées à l'accès aux soins prénatals au Burkina Faso.

En second lieu, il s'avère nécessaire de souligner que la corrélation faite par la plupart des études quantitatives entre le recours aux soins prénatals et le manque d'éducation des femmes ne peut être comprise dans une simple relation linéaire de cause à effet. Leur relation est beaucoup plus complexe et fait appel à d'autres dimensions hors de portée des utilisatrices. Dans un contexte où les femmes ont un faible niveau de littératie, la sous-utilisation des services de soins prénatals ne serait-elle pas due à des insuffisances dans la promotion de la santé reproductive par le système de santé? Quoi qu'il en soit, d'après nos résultats le recours tardif aux CPN serait induit par des lacunes observées dans le transfert de l'information par le système de soins. Il a été remarqué que les CPN étaient comme des rituels médicaux tant pour les femmes que pour les professionnels de la santé. Elles sont plus axées sur les examens de routine et l'éducation à la santé y est pratiquement absente. Ce résultat rejoint d'autres études effectuées en ASS (Conrad et al., 2012; Kisuule et al., 2013; L. Nikiema et al., 2010). Considérant que le manque d'information est le premier motif de non-recours aux soins par les populations (Warin, 2013), le système de santé a l'obligation d'assurer l'accessibilité des informations aux populations qui ont le «droit de savoir» (Massé & Saint-Arnaud, 2003). De ce fait, le manque d'information des femmes qui est un élément consistant à leur recours tardif aux CPN nous emmène à nous questionner sur son rôle limitant leur pouvoir d'agir (*l'empowerment*). Comme le souligne Lazarus (2001) cité dans Massé et Saint-Arnaud (2003) l'éducation à la santé donne du pouvoir aux populations en les «rendant capables de...». Par le fait même, l'amélioration de la communication par le système de soins peut, subséquemment, participer au recours effectif aux soins prénatals par les femmes peu instruites. Pour ce faire, il est impératif que chaque CPN soit une occasion pour faire de l'éducation à la santé, car les soins prénatals sont d'abord la porte d'entrée au système de soins pour plusieurs femmes et elles offrent des opportunités de promouvoir l'importance de l'accouchement assisté (B. Nikiema et al., 2009). Il s'avère important que l'information donnée lors des CPN s'adapte au niveau de littératie des femmes en intégrant par exemple des supports de communications imagés (Jennings, Yebadokpo, Affo, & Agbogbe, 2010).

Cependant, l'absence d'éducation à la santé lors des CPN n'est pas souvent de la volonté des agents de santé, mais elle serait due à des facteurs structurels du système de santé selon certaines études. La surcharge de travail, le manque de ressources humaines et matérielles, les salaires insuffisants sont, entre autres, des réalités présentes dans les structures de soins en ASS et qui influencent négativement les soins prénatals prodigués aux femmes enceintes (Conrad et al., 2012; Gross et al., 2011; Mathole, Lindmark, & Ahlberg, 2005; Moussa, 2003). Dans ce sens, d'autres études doivent être effectuées au Burkina Faso pour déterminer le rôle de l'organisation structurelle du système de santé dans le manque de connaissance des soins prénatals et leur utilisation inadéquate afin de proposer des solutions face à cette problématique.

#### *6.1.2.2 L'accessibilité géographique : une contrainte non déclarée par les participantes*

L'accessibilité géographique des centres de santé se définit généralement en fonction de la distance spatio-temporelle. Cette conception ne laisse pas place à d'autres facteurs liés à l'accessibilité géographique dans les milieux ruraux et qui participe à éloigner les femmes des centres de santé. Parmi ces facteurs, nous pouvons nommer la pauvreté d'infrastructures routières, le mauvais état des routes surtout durant les saisons pluvieuses, les longues heures d'attente dans les maternités, le manque de temps et de transports public et personnel des femmes. Ces différents éléments, présents dans la commune rurale de Kokologho et relégués par d'autres études effectuées en ASS, participent à éloigner les femmes des services de soins prénatals, malgré leur disponibilité (De Allegri et al., 2011; Finlayson & Downe, 2013; Fromageot et al., 2005; Mathole et al., 2004; Mubyazi et al., 2010). Eu égard à cela, l'accessibilité géographique des milieux de soins reste toujours d'actualité dans les zones rurales au Burkina Faso.

Cependant, les femmes et les informateurs-clés rencontrés dans le cadre de cette étude ont mentionné le fait que l'accessibilité géographique des milieux de soins n'est plus une réalité dans la commune rurale de Kokologho. En poursuivant leurs pensées, la construction des centres de santé dans des rayons de 10 km et moins dans la commune permet aux femmes d'avoir une meilleure accessibilité aux soins prénatals. Ainsi, la distance n'est pas ressortie dans nos résultats de recherche comme une contrainte au

recours aux soins prénatals. Cela peut s'expliquer par le fait que la distance est beaucoup plus un obstacle aux soins pour les résidents en milieu urbain qu'en milieu rural étant donné qu'elle est une réalité sociale dans les communautés rurales (Haggerty et al., 2014). En effet, d'après nos observations sur le terrain la distance n'est jamais évoquée comme un obstacle dans toutes les facettes de la vie quotidienne des femmes. Étant généralement habituées à faire de longs déplacements à pied ou en vélo durant la journée à cause de leurs multiples tâches, elles n'ont pas la même perception de l'espace et du temps que celles qui vivent en milieu urbain. Leur déplacement n'est donc pas calqué en fonction de l'heure ou du temps investi<sup>35</sup>, mais de leur disponibilité. Ces résultats mettent en évidence l'importance pour les prochaines études de considérer l'accessibilité géographique non seulement en fonction de la disponibilité et de l'accessibilité des soins en terme de distance et de coût, mais aussi en considération des caractéristiques individuelles des utilisatrices, dont leur capital de mobilité (Rode, 2010). De plus, ils permettent de comprendre que la demande de soins comporte non seulement des coûts financiers, mais physiques et psychologiques (Mazet, 2010; Rode, 2010).

### **6.1.3 Quelques enjeux structurels et organisationnels de l'offre de soins**

Au vu des différents résultats qui ont été discutés précédemment, nous pouvons conclure sur un point déterminant : l'effet du système de santé sur le non-recours aux soins prénatals. En effet, parmi les différentes explications que les femmes nous ont livrées comme étant des barrières consistantes à leur non-recours aux soins prénatals les dysfonctionnements notés dans le système de santé demeurent préoccupants. Les violences symboliques et sociales dont les agissements stigmatisant, discriminatoire et paternaliste des professionnels de la santé envers les femmes, les longues heures d'attente, les refus de soins, le racket, la persistance des coûts directs et indirects des soins contribuent à éloigner les femmes des maternités durant la grossesse. De cette manière, le non-recours aux soins prénatals devient dans la logique des femmes une façon d'éviter les milieux de soins même

---

<sup>35</sup> Nous avons remarqué que lorsque nous demandions aux femmes le nombre d'heures ou de minutes qu'elles ont investi pour venir au centre de santé, elles répondaient soit qu'elles ne savent pas, soit que ce n'est pas loin; soit que ça ne vaut pas cinq minutes.

si elles sont obligées d'y recourir à un temps donné du fait de leur caractère indispensable pour l'accouchement.

Expliquer le non-recours aux soins prénatals uniquement à travers les croyances et pratiques culturelles paraît comme un réductionnisme culturel. En adoptant la pensée de certains auteurs (Jaffré, 2009), nous pensons qu'il est opportun d'interroger les dimensions politiques, économiques et sociales pour mieux comprendre les dynamiques complexes entourant la demande de soins prénatals par les femmes. Par le fait même, il est opportun de comprendre le système de santé au Burkina Faso qui est empreint de sous-financement, de ruptures de stock, d'insuffisance du personnel soignant, de la vétusté des structures de soins et d'absence de suivi et d'évaluation régulière (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012; Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012; Ministère de la Santé, 2011; Sanon Ouédraogo et al., 2010). Ces différents facteurs structurels contribuent à démotiver les professionnels de la santé et jouent un rôle prépondérant sur l'utilisation des services de santé par les populations et sur la qualité des soins donnés.

Par ailleurs, le système de santé semble participer à renforcer les inégalités sociales et de genre existant. Les agissements stigmatisant et discriminatoire des professionnels de la santé pourraient s'expliquer, entre autres, par la pauvreté endémique de certaines femmes. Celles qui sont plus vulnérables socialement et économiquement sont plus enclines à recevoir des soins de mauvaise qualité (Jaffré, 2009). En conséquence, toutes les femmes n'ont pas les mêmes possibilités d'accéder à des soins prénatals de qualité qui doit être un droit pour toutes, pauvres ou riches. Comme le soulignent certains auteurs (Faye, 2008; Jaffré, 2009) la prise en charge d'une femme va souvent dépendre de ses appartenances politiques, religieuses, familiales ou ses ressources sociales ou économiques, bref de sa situation de vie; ce qui explique d'ailleurs les refus de soins fréquents que les femmes subissent dans les maternités. Bien que des mesures politiques aient été prises pour une meilleure équité des soins au niveau de l'accessibilité financière et géographique, il en demeure qu'elles ne garantissent ni la qualité ni la disponibilité des soins prénatals pour toutes les femmes. Ces différents dysfonctionnements non conformes aux règles de la santé

publique contribuent à l'éloignement des femmes des centres de santé et cultivent en elles un sentiment de manque de confiance envers le système de santé.

## **6.2 Le renoncement aux soins prénatals: un phénomène qui tend à disparaître?**

Durant notre séjour, comme nous l'avons souligné dans le chapitre 5, nous n'avons pas pu recruter de femmes qui ont renoncé aux soins prénatals. De ce fait, selon notre réflexion, nous pensons qu'il est opportun de se questionner sur la méthode que nous avons utilisée pour rejoindre notre population d'étude, dont le recrutement par les personnes-ressources et par les carnets de maternité de la dernière grossesse. Ces méthodes sont-elles efficaces pour rejoindre les populations qui ont renoncé aux soins prénatals? Malgré ces questionnements que nous avons eus durant toute la collecte des données même avant, nous avons tenté différentes méthodes pour trouver des femmes qui ont renoncé aux soins prénatals, mais en vain. Quelques explications peuvent être données à l'issue des observations faites sur le terrain de «l'invisibilité» des femmes qui ont renoncé aux CPN dans la commune rurale de Kokologho.

D'emblée, nous avons constaté à travers notre séjour dans la commune rurale de Kokologho que le non-recours aux soins prénatals est assimilé à la honte. Les femmes ne veulent pas que leur situation de non-recours soit au vu et au su de tout le monde. Cette honte serait causée par les normes sociales voulant que toute femme enceinte ait recours obligatoirement aux soins prénatals. Ces normes sont établies par le discours médical qui prône l'importance des CPN pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et par le fait que les soins prénatals soient déclarés comme étant gratuits. Étant donné que les CPN sont gratuites, selon le discours majoritaire<sup>36</sup>, il devient anormal que des femmes continuent à ne pas utiliser les services de soins prénatals. Par suite, ne pas recourir aux centres de santé durant la grossesse expose certaines femmes à être stigmatisées comme étant «ignorantes» ou «irresponsables». En outre, elles ont peur de subir les conséquences du non-recours aux CPN, car ne pas faire de CPN les exclut des services de santé moderne

---

<sup>36</sup> Nous notons que c'est le discours majoritaire puisque dans la réalité ce ne sont pas tous les soins durant la grossesse qui sont gratuits, mais plutôt les soins préventifs qui regrouperaient quelques actes de soins.

durant l'accouchement<sup>37</sup>. De fait, il nous est arrivé plusieurs fois lors de la collecte des données que certaines participantes aient nié d'avoir recouru tardivement aux soins prénatals, alors que leur carnet de maternité témoignait du contraire. Cette expérience n'était pas unique, certaines femmes que nous voulions recruter et qui n'avaient pas leur carnet de maternité en leur possession au moment de notre rencontre nous disaient dans la plupart des cas qu'elles ont recouru aux CPN au cours du premier trimestre<sup>38</sup>. Nous ne pouvons confirmer si ces femmes nous ont dit la vérité ou si elles voulaient que leur non-recours aux soins prénatals ne soit pas découvert. Sans pouvoir déterminer leur situation de non-recours avec exactitude, nous n'avons pas pu les recruter. En dernière analyse, nous pensons que l'utilisation des carnets de maternité pour recruter les femmes qui ont renoncé aux soins prénatals présente des limites, puisque ces dernières n'ayant pas recouru aux centres de santé n'ont pas par conséquent de carnet de maternité. Et, comme le renoncement aux soins est de l'ordre déclaratif, plusieurs femmes peuvent avoir renoncé aux soins prénatals sans l'admettre.

Tout compte fait, ces différentes expériences lors du recrutement rendaient impossibles le recrutement de femmes qui ont renoncé aux CPN, car cette population était «invisible» et les femmes qui sont en non-recours utilisent différents moyens pour cacher leur choix, subi ou intentionnel, de ne pas recourir aux soins prénatals. D'un autre côté, nous pouvons aussi envisager l'idée de certaines personnes voulant que le renoncement aux soins prénatals soit un phénomène du passé ou il n'existe que dans certains milieux défavorisés de tout service de soins, particulièrement en brousse. Aussi, il est à souligner que dans une étude comme celle-ci où les participantes ne sont pas accessibles facilement et sont dans la plupart des cas analphabètes, la dimension éthique du recrutement reste fondamentale. Comme nous avons tenté différentes méthodes pour rejoindre cette population, certaines de ces méthodes présentent des limites méthodologiques qui sont à considérer. Nous suggérons alors que

---

<sup>37</sup> Les femmes qui n'ont fait aucune CPN et qui n'ont pas de carnet de maternité ne sont pas assistées durant leur accouchement, selon plusieurs participantes. Selon elles, les femmes qui n'ont fait aucune CPN n'ont qu'à rester chez elles et y accoucher, sinon elles risquent de souffrir à la maternité.

<sup>38</sup> Souvent on rencontrait des femmes qui ont des nourrissons au marché ou ailleurs dans les villages, nous les approchions pour leur parler de notre étude, et à chaque fois qu'on leur demandait leur carnet de maternité, soit elles nous disent que c'est perdu ou que c'est à la maison et la plupart ne voulait pas nous montrer leur maison. Cependant, cette méthode n'a été utilisé que quelques fois (tout au plus deux fois) étant donné ses limites éthiques.

d'autres études puissent être faites dans ce sens en privilégiant des approches méthodologiques plus adéquates aux populations difficiles à rejoindre. Pour ce faire privilégier l'immersion prolongée dans le milieu de l'étude nous semble être un point déterminant pour rejoindre les femmes qui ont renoncé aux soins prénatals dans les contextes semblables à celui étudié.

### **6.3 Pistes de solutions et leur implication politique et sociale**

Dans cette recherche, nous nous sommes intéressées aux solutions qui peuvent améliorer le recours aux soins prénatals dans la perspective des participantes de cette étude. Leurs propositions ont été regroupées en quatre grands thèmes: l'amélioration de la condition des femmes, l'amélioration de la qualité des soins, l'accès à la planification familiale, la sensibilisation des communautés. Ces solutions ont des implications politiques et sociales, elles interpellent les décideurs politiques, les gestionnaires et professionnels de la santé et les communautés. *A fortiori*, elles mettent l'accent sur l'importance de s'attaquer aux causes du non-recours aux soins prénatals en adoptant une approche holistique.

Dans un contexte de vulnérabilité économique et sociale des femmes, l'amélioration de la condition de vie des femmes s'avère primordiale dans toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile. De ce fait, lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale des femmes en considérant toute leur complexité peut contribuer à améliorer l'utilisation des services de soins prénatals. Les femmes rurales n'ont souvent pas accès à l'éducation ni à des emplois rémunérés ni au pouvoir de décision sur leur santé sexuelle et reproductive. Pour cela, il est impératif de promouvoir l'accès à l'éducation pour les jeunes filles et les femmes; d'améliorer les conditions environnementales des villages, notamment l'accès à l'eau potable et la proximité des structures sociales et scolaires; et d'interdire l'expulsion des filles et des adolescentes à l'école pour cause de grossesse. Ces différentes actions peuvent permettre une meilleure accessibilité aux soins prénatals et elles sont un moyen de s'attaquer aux inégalités sociales, notamment aux inégalités d'accès aux soins. En toute conscience des progrès réalisés dans l'accessibilité géographique et économique des soins dans les milieux ruraux au Burkina Faso, il est opportun que les politiques publiques



s'attaquent, une fois de plus, aux différentes contraintes géographiques liées à l'accessibilité des centres de santé dans les zones rurales. Bien que cette dimension n'a pas été évoquée par les participantes de cette étude, il demeure néanmoins que l'accessibilité des centres de santé à moins de cinq kilomètres des populations pourrait avoir un effet positif sur le recours aux services de santé maternelle (De Allegri et al., 2011). Il est également nécessaire de construire des routes dans les villages et d'assurer la disponibilité des transports publics ou personnels dans les zones plus reculées.

L'octroi du droit de décider et d'agir aux femmes est indispensable, étant donné les inégalités de genre persistantes dans la société burkinabé. Compte tenu de nos résultats de recherche, les programmes de soutien aux femmes africaines ne doivent pas seulement focaliser à promouvoir l'autonomie financière des femmes, étant donné que plusieurs autres facteurs socioculturels interfèrent entre leur pouvoir économique et leur liberté à recourir aux CPN. Il s'avère primordial que ces programmes se concentrent sur l'*empowerment* des femmes ou leur pouvoir d'agir à s'approprier leur droit à décider d'elles-mêmes. Aussi, la promotion de l'implication des hommes et des belles-mères qui ont le pouvoir de décision sur le recours aux soins prénatals dans les différents programmes de santé publique apparaît dans cette étude comme étant cruciale. Dans ce sens, l'initiative «l'École des maris» qui a été entamée au Niger en est un exemple patent. Étant une approche participative, il avait pour objectif de responsabiliser les hommes dans la promotion de la santé reproductive et d'améliorer par conséquent l'utilisation de services de SMNI par les femmes et les enfants (United Nations Population Fund, 2012).

Aussi, comme remarqué dans cette étude, les dysfonctionnements notables dans la politique d'exemption du paiement des soins prénatals doivent être résolus pour éradiquer, au moins en partie, les problèmes d'accessibilité financière aux soins. Il est essentiel que les ruptures de stock en médicaments et consommables médicaux fréquentes dans les CSPS et CMA soient remédiés. Il est impératif que l'État burkinabé veille à la gestion du financement de la politique d'exemption et d'en faire le suivi et le contrôle au niveau des CM et des CSPS pour s'assurer qu'elle soit respectée par les professionnels de la santé (Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé, 2012).

D'un autre côté, les défaillances du système de santé entravent considérablement le recours aux soins prénatals. Il est important que la dignité des femmes soit considérée dans les milieux de soins. Nos résultats suggèrent que des mesures soient prises au niveau des structures sanitaires pour réparer ce système dysfonctionnel, dont l'éducation des professionnels de la santé qui dispensent les soins prénatals et les accouchements sur les aspects non seulement techniques, mais aussi relationnels des soins prénatals et sur la déontologie médicale. L'octroi de l'autonomie et du pouvoir d'agir aux femmes sur la demande et la réception de soins en leur donnant le droit d'aspirer à des soins de qualité, de protester et même de dénoncer certains actes qui vont à l'encontre de l'éthique professionnelle est crucial (Jaffré, 2009). Le rapport dialogique entre soignants et soignées doit aussi être privilégié (Moussa, 2003) en donnant la parole aux femmes et en les écoutant lors des CPN. D'ailleurs, cela peut avoir un effet considérable sur une meilleure utilisation de la planification familiale.

Parallèlement, le manque de connaissance du dispositif des soins prénatals est un facteur important du recours tardif aux soins prénatals. Sur ce point, nos résultats suggèrent que chaque CPN soit l'occasion pour les professionnels de la santé de faire de l'éducation à la santé. Les outils de communication doivent être présents dans les centres de santé, dont les affiches écrites en langue locale ou les outils iconographiques. Les professionnels de la santé doivent utiliser un langage clair et compréhensible en évitant certains termes médicaux pour une meilleure compréhension des soins prénatals par les femmes. L'utilisation des médias s'avère être bénéfique pour faire connaître les soins prénatals auprès des femmes et des personnes impliquées dans le processus de recours aux CPN. Dans le processus de sensibilisation des différentes entités des communautés, il est essentiel que certaines questions sociales, dont la question des femmes qui n'ont pas droit d'enfanter à une période de leur vie, soient affrontées à travers des programmes nationaux et des initiatives locales.

Nos résultats rappellent, également, que les politiques et les programmes en lien avec la santé sexuelle et reproductive doivent être conformes aux réalités locales pour qu'elles soient efficaces et pérennes. L'implication des communautés, toutes ses composantes, et la participation active de tous les membres de la communauté sont une avenue de solutions

face aux mortalités maternelle et néonatale qui doit être considérée dans les différentes actions concernant la santé sexuelle et reproductive. Sur ce point, nous pouvons nous référer au Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST)<sup>39</sup> qui suggère qu'il est possible de réaliser des progrès remarquables en SMNI en intégrant la participation des communautés dans le redressement des services de santé et de la prise en charge de leur santé.

Par ailleurs, l'absence de politique proprement parlée qui garantit une couverture maladie à toute la population au Burkina Faso est un obstacle important pour éradiquer les forts taux de mortalité maternelle et néonatale. Même si l'article 18 de la Constitution du Burkina Faso<sup>40</sup> appuie l'article 22 et 25 de la Déclaration des droits de l'Homme de 1948<sup>41</sup> qui stipulent le droit de toute personne à la sécurité sociale, il en demeure que la majorité de la population est dépourvue de toute couverture maladie. Et cela, malgré la pauvreté endémique de la majorité de la population et la contribution grandissante des ménages dans les dépenses totales de la santé (dont 38,35% en 2008) (Ministère de la Santé, 2011). La protection sociale mise en place par l'État burkinabé ne couvre pas l'ensemble de la population totale. Elle ne concerne que les personnes qui travaillent dans le secteur formel ou administratif, dont les travailleurs du secteur privé, les fonctionnaires, les militaires et les magistrats. Pour certaines couches de la population considérée la plus vulnérable, des mesures de gratuité et d'exemption sont mises en place pour leur permettre une meilleure accessibilité aux soins. Ces politiques visent généralement les femmes enceintes, les enfants et les indigènes et certaines maladies, dont le VIH/Sida, la tuberculose, la lèpre, le ver de guinée et la filariose lymphatique (Ministère de la Santé, 2011). Néanmoins, l'accessibilité économique des soins demeure source d'exclusion pour les populations pauvres. Par le fait même, la mise en place d'une protection sociale accessible par l'ensemble de la population pourrait permettre de réduire non seulement les inégalités

---

<sup>39</sup> <http://www.idrc.ca/FR/Resources/Publications/Pages/ArticleDetails.aspx?PublicationID=94>

<sup>40</sup> «L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, la sécurité sociale, le logement, le sport, les loisirs, la santé, la protection de la Maternité et de l'Enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, la création artistique et scientifique, constituent des droits sociaux et culturels reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir» (<http://presidence.bf/constitution.php?sid=22&page=3>)

<sup>41</sup> <https://www.un.org/fr/documents/udhr/>

sociales et la pauvreté, mais elle permettrait sans doute une meilleure accessibilité des services de santé par les populations les plus démunies.

Pour conclure, nous soulignons que des politiques effectives pourraient ouvrir la voie vers une équité d'accès aux soins prénatals et permettre une meilleure prise en charge des femmes en grossesse. Depuis quelques années, des pays africains à faible revenu sont arrivés à réduire drastiquement les taux de mortalité infantile et maternelle notamment la Tanzanie, l'Érythrée, l'Éthiopie avec des politiques sanitaires remarquables (Lawn & Kerber, 2006).

## Conclusion

Cette étude tentait de mieux comprendre les différents motifs du non-recours aux soins prénatals par les femmes au Burkina Faso. Nous nous sommes intéressées principalement aux femmes qui sont en situation de recours tardif aux soins prénatals tout en complétant avec des échanges avec les informateurs-clés de la communauté. Une attention particulière a été apportée à la rigueur et à la qualité de notre travail. Plusieurs moyens ont été utilisés pour répondre aux critères de scientificité de la recherche qualitative interprétative. Ces moyens, détaillés dans le chapitre 4, vont d'une présence prolongée dans le milieu à la description étoffée du contexte et du processus de la recherche, en passant par l'observation participante et des rencontres régulières avec notre comité de recherche. Malgré ces efforts, la présente étude comporte certaines limites.

Les premières étant attribuables au mode de recrutement et à son échantillon. La recherche s'est effectuée dans un milieu restreint, c'est-à-dire que le recrutement des participantes s'est tenu dans un nombre limité de villages (n=6). En effet, avec les contraintes logistiques et économiques nous n'avons pas pu inclure davantage de villages de la commune rurale de Kokologho. Ainsi, nous n'avons pas pu saisir toutes les réalités de non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. Bien qu'il ne soit pas possible de parler de généralisation, plusieurs de nos résultats se révéleront certainement pertinents et transférables à d'autres communes rurales du pays présentant des caractéristiques similaires. Notons également qu'une certaine saturation des données a été atteinte par la triangulation des différentes données obtenues lors des entrevues individuelles, des entrevues informelles avec des informateurs-clés et de l'observation participante. De plus, le séjour prolongé de l'étudiante chercheuse (de 4 mois) dans la commune rurale de Kokologho et une démarche méthodologique rigoureuse ont permis d'avoir des résultats fiables et crédibles.

En second lieu, un biais de désirabilité sociale serait induit par le fait que le recrutement de plusieurs participantes a été réalisé dans les structures de santé et certaines entrevues ont été effectuées non loin de ces structures. Certaines participantes ne voulaient pas se prononcer sur les questions qui portaient sur la qualité des services de santé. Certaines précautions ont

été prises pour atténuer ce biais: aucune entrevue n'a été réalisée à l'intérieur des bâtiments de santé et une relation de confiance a été établie avec chaque participante en prônant le fait que nous ne sommes pas des professionnels de la santé et nous ne travaillons pas avec les structures de santé. Aussi, nous avons remarqué que les femmes avaient des difficultés à se prononcer sur certaines questions, notamment leur rapport avec le père de l'enfant ou sur leur recours à la médecine traditionnelle. Nous pensons, donc, que le recours aux informateurs-clés pour valider ou approfondir certaines questions culturelles et sociales et notre démarche collaborative avec l'interprète ont été d'une grande utilité pour cette recherche.

En troisième lieu, un biais de mémoire pourrait subvenir lors de la collecte des données, car la plupart des participantes de cette étude ont été enceintes durant la dernière année précédant la collecte des données. Cependant, avec la participation de quelques femmes qui étaient en état de grossesse au cours de la collecte des données, les entrevues informelles effectuées et les observations faites sur le terrain, ce biais a été minimisé grâce à la triangulation des différentes données obtenues.

Enfin, il faut souligner que la population de l'étude, celle qui est en non-recours aux soins, est difficile à rejoindre. Trouver cette population a été tout à fait difficile, nous étions confrontées à différents questionnements d'ordre éthique et méthodologique, d'où toutes les difficultés que nous avons eues à recruter les femmes qui ont renoncé aux soins prénatals<sup>42</sup>. Malgré les différentes limites que comporterait cette étude, il est indispensable de souligner ses forces. Étant une des études novatrices dans le champ de l'utilisation des soins prénatals au Burkina Faso, cette recherche montre l'importance de donner la parole aux femmes, notamment celles qui sont à la marge du système de soins, car elles sont les seules à connaître les problèmes qui les empêchent de recourir adéquatement aux soins prénatals. Les conclusions de cette étude en apportant un éclairage sur les motifs du recours tardif aux soins prénatals réitérent l'importance d'intervenir sur différents plans : environnementaux, politiques, sociaux, culturels et individuels afin de permettre une meilleure accessibilité des

---

<sup>42</sup> Ce volet a été davantage discuté dans la partie méthodologique, la section qui traite des contraintes liées au recrutement des participantes et dans la discussion des résultats.

soins prénataux. Cela n'est possible qu'avec la collaboration des communautés, les principales concernées.

Ensuite, il faut souligner que l'utilisation de la méthode qualitative inspirée de l'ethnographie a été d'un grand apport méthodologique pour cette recherche. D'abord, notre démarche de comprendre les réalités évoquées par les participantes, par le recours à des entrevues informelles et notre ancrage dans le milieu de l'étude ont permis d'avoir une réflexivité tout au long de la recherche. De ce fait, nous avons pu relativiser différentes paroles, observations issues du terrain en essayant d'en donner des compréhensions plus conformes aux réalités. De plus, la typologie explicative du non-recours adoptée pour cette recherche ouvre une voie importante pour d'autres études portant sur ce même thème. Étant donné que c'est la première fois que cette typologie est utilisée dans le domaine des soins prénataux et spécifiquement au Burkina Faso, nous pensons en apporter une compréhension plus élargie des situations de recours tardif aux soins prénataux<sup>43</sup>. Cette typologie a ainsi soulevé différentes questions qui souvent ne sont pas traitées par les autres études portant sur les mécanismes de recours aux soins prénataux en ASS. Elle a permis de comprendre que le non-recours n'est pas seulement dû à des contraintes liées à l'accès à l'offre publique, mais il est un rapport social entre l'offre et les utilisateurs (Rode, 2010; Warin, 2010b). Elle montre l'existence d'un non-recours intentionnel qui découle de la dichotomie entre les normes sociales entourant la grossesse et les soins prénataux et celles médicales. De plus, il est important de voir avec cette typologie explicative que le recours tardif aux soins prénataux n'est pas seulement dû à un effet de «cause à effet» entre les caractéristiques des participantes et l'offre publique, mais il résulterait de problèmes contextuels, dont l'inadéquation de l'offre publique aux populations concernées. Ces différents constats doivent être considérés par les études ultérieures portant sur le même sujet, les décideurs et les acteurs de la santé publique au Burkina Faso.

Pour conclure ce mémoire, «prêtons l'oreille à l'inaudible» comme disait (Mazet, 2010) en parlant de la non-demande aux droits. Ce bout de phrase mérite tout son sens dans le cas des forts taux de mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso. Ce mémoire tentait de

---

<sup>43</sup> Voir l'article de ce mémoire, le volet discussion a été structuré autour de cette typologie.

montrer toute l'importance de s'intéresser aux populations non-recourant. Malgré leur «invisibilité», elles doivent être vues, écoutées et considérées dans les différents programmes et actions de la santé publique afin d'optimiser leur efficacité et leur pertinence, mais également de faire de la santé un droit pour tous. Pour cela, le non-recours aux soins ne doit pas être analysé comme résultant d'une cause unique, mais comme un fait social qui nécessite une approche systémique et *in fine* «l'affaire de tous».



## Bibliographie

- Adjiwanou, Vissého. (2014). *Contexte de genre, autonomie des femmes et utilisation des services de santé maternelle en milieu rural africain: analyse par modèles d'équations structurelles*. (Ph. D.), Université de Montréal.
- Africa Progress Panel. (2010). *Investir stratégiquement dans la santé maternelle: vers des sociétés et des économies plus saines*. Genève, Suisse: Retrieved from [http://www.africaprogresspanel.org/files/1512/8523/5120/APP\\_Maternal\\_Health\\_fr\\_ench%20FINAL.pdf](http://www.africaprogresspanel.org/files/1512/8523/5120/APP_Maternal_Health_fr_ench%20FINAL.pdf).
- Ali, A. A., Osman, M. M., Abbaker, A. O., & Adam, I. (2010). Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 67. doi: 10.1186/1471-2393-10-67
- Anadon, M. (2006). La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives*, 26(1), 5-31. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition\\_reguliere/numero26%281%29/manadon\\_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition_reguliere/numero26%281%29/manadon_ch.pdf)
- Anadon, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches Qualitatives (Hors Série : Acte du colloque Recherche Qualitative: Les questions de l'heure)*, (5), 26-37. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v5/anadon.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/hors_serie/hors_serie_v5/anadon.pdf)
- Banta, D. (2003). What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? Copenhagen: OMS - Bureau Régional Europe.
- Baribeau, Colette. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données. *Recherches Qualitatives. Hors-série (2)*, 98-114.
- Baum, F. (1995). Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40(4), 459-468.
- Bédard, E. (2005). *Rapports de genre, sexualité et comportements à risque des clients et autres partenaires sexuels des travailleuses du sexe de Ouagadougou, Burkina Faso*. (Thèse (Ph. D.)), Université Laval, Québec. Retrieved from Accès via Archimède (HTML) <http://www.theses.ulaval.ca/2005/22928/22928.html> ; Accès via Archimède (PDF) <http://www.theses.ulaval.ca/2005/22928/22928.pdf> ; <http://ariane.ulaval.ca/cgi-bin/recherche.cgi?qu=a1545302> Available from Bibliothèque de l'Université Laval Ariane database.
- Beninguisse, G., & De Brouwere, V. (2004). Tradition and modernity in Cameroon: the confrontation between social demand and biomedical logics of health services. *Afr J Reprod Health*, 8(3), 152-175.
- Beninguisse, G., Nikiéma, B., Fournier, P., & Haddad, S. (2004). L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. *African Population Studies*, 19. <http://hdl.handle.net/1807/5835>
- Bergsjø, P. (2001). Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle? In W. V. Lerberghe & V. D. Brouwere (Eds.), *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique* (pp. 37-58). Anvers, Belgique: ITGPRESS.
- Bonnet, Doris. (1988). *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*. Paris: Éditions de l'ORSTOM.

- Bonnet, Doris, Desjeux, Catherine, & Desjeux, Bernard. (1983). *Africaines*. Paris: L'Harmattan.
- Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., & al. (2001). WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care (Brief record). *Lancet*, 357(2), 1565-1570.
- Collet, M., Menahem, G., & Picard, H. (2006). Logiques de recours aux soins des consultants des centres de soins gratuits. Enquête Préalogue 1999-2000. *Questions d'Économie de la Santé*, (113). <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes113.pdf>
- Commission d'enquête parlementaire sur les subventions publiques dans le secteur de la santé. (2012). Rapport sur les subventions publiques dans le secteur de la santé. Burkina Faso: Assemblée nationale.
- Commune rurale de Kokologho. (2013). *Plan communal de développement de Kokologho 2014-2018*. Burkina Faso.
- Conrad, P., De Allegri, M., Moses, A., Larsson, E. C., Neuhann, F., Muller, O., & Sarker, M. (2012). Antenatal care services in rural Uganda: missed opportunities for good-quality care. *Qual Health Res*, 22(5), 619-629. doi: 10.1177/1049732311431897
- Cresswell, J.W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design-Choosing Among Five Approaches* (3 ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Da Silva, R. B., Contandriopoulos, A. P., Pineault, R., & Tousignant, P. (2011). A global approach to evaluation of health services utilization: concepts and measures. *Health Policy*, 6(4), e106-117.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R., Sarker, M., Tiendrebeogo, J., Ye, M., . . . Jahn, A. (2011). Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*, 99(3), 210-218. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.10.010
- De Sardan, J-P.O., & Ridde, V. . (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11-32.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2008). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*: Sage Publications.
- Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires. (2012). *Tableau de bord santé 2011*. Burkina Faso: Ministère de la santé.
- Direction régionale de la santé du Burkina Faso. (2012). Plan d'action 2013 du district sanitaire de Koudougou. Burkina Faso: Gouvernement du Burkina Faso, Ministère de la Santé.
- Dupéré, S. (2011). *Rouge, jaune, vert...et noir: expériences de pauvreté et rôle des ressources sociosanitaires selon des hommes en situation de pauvreté à Montréal*. Université Laval, Québec.
- Dupéré, S., O'Neill, M., & De Koninck, M. (2012). Why men experiencing deep poverty in Montreal avoid using health and social services in times of crisis. *J Health Care Poor Underserved*, 23(2), 781-796. doi: 10.1353/hpu.2012.0071
- Faye, Sylvain Landry. (2008). Devenir mère au Sénégal: des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 18(3), 175-183.
- Finlayson, K., & Downe, S. (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med*, 10(1). doi: 10.1371/journal.pmed.1001373

- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*, (2 ed.). Montréal, Canada: Chenelière Education.
- Fournier, P., & Haddad, S. (1995). Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement In H. Gérard & V. Piché (Eds.), *La sociologie des populations*. Montréal, Québec: Les presses de l'université de Montréal.
- Fromageot, A., Parent, F., & Coppieters, Y. (2005). Femmes, cultures maraîchères et recours aux soins en Afrique de l'Ouest. *Sciences sociales et santé*, 23(4), 49-70. [http://www.jle.com/e-docs/00/04/15/95/vers\\_alt/VersionPDF.pdf](http://www.jle.com/e-docs/00/04/15/95/vers_alt/VersionPDF.pdf)
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches Qualitatives*, 24, 3-17.
- Grégoire, L.-J., & Mellali, S. (2004). L'évaluation des progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. In A. Rhazaoui, L.-J. Grégoire & S. Mellali (Eds.), *L'Afrique et les Objectifs du Millénaire pour le Développement*. Paris, France: Economica.
- Gross, K., Armstrong Schellenberg, J., Kessy, F., Pfeiffer, C., & Obrist, B. (2011). Antenatal care in practice: an exploratory study in antenatal care clinics in the Kilombero Valley, south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(36), 1-11. doi: 10.1186/1471-2393-11-36
- Haggerty, Jeannie L., Roberge, Danièle, Lévesque, Jean-Frédéric, Gauthier, Josée, & Loignon, Christine. (2014). An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health and Place*, 28, 92-98.
- Houéto, D. (2008). La promotion de la santé en Afrique subsaharienne: état actuel des connaissances et besoins d'action. *Promotion & Education*, 15(1), 49-53. doi: 10.1177/1025382308094000
- INSD, & ICF International. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA.
- Jaffré, Yannick. (2009). *La bataille des femmes analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Chicoutimi: Bibliothèque Paul-Émile Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi.
- Jennings, L., Yebadokpo, A. S., Affo, J., & Agbogbe, M. (2010). Antenatal counseling in maternal and newborn care: use of job aids to improve health worker performance and maternal understanding in Benin. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 75. doi: 10.1186/1471-2393-10-75
- Jusot, F. (2013). Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, Supplement 3(0), S163-S169. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.011>
- Kisuule, I., Kaye, D. K., Najjuka, F., Ssematimba, S. K., Arinda, A., Nakitende, G., & Otim, L. (2013). Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 121. doi: 10.1186/1471-2393-13-121
- Kroeger, A. (1983). Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Soc Sci Med*, 17(3), 147-161.
- L'Écuyer, R. (1987). Les méthodes de la recherche qualitative. In J.-P. Deslauriers (Ed.), *L'analyse de contenu: notion et étapes* (pp. 49-65). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

- Lawn, J., & Kerber, K. (Eds.). (2006). *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*. Cape Town: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health.
- Lerberghe, W.V., & Brouwere, V. De. (2001). Impasses et succès :les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle. In W. V. Lerberghe & V. D. Brouwere (Eds.), *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique* (pp. 7-35). Anvers, Belgique: ITGPRESS.
- Les membres du Réseau «Exclusions et non-recours aux droits et services». (2008). «*Le non-recours aux droits et aux services*»: éléments pour une grille d'analyse. Retrieved from [http://cluster12.upmf-grenoble.fr/prg/axe1/le\\_non-recours\\_aux\\_droits\\_et\\_services\\_elements\\_pour\\_une\\_grille\\_d\\_analyse.pdf](http://cluster12.upmf-grenoble.fr/prg/axe1/le_non-recours_aux_droits_et_services_elements_pour_une_grille_d_analyse.pdf)
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12, 18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18
- Lombraïl, P. (2007). Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(1), 23-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.002>
- Lombraïl, P., & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 3(8), 31-39. doi: 10.3917/seve.008.39
- Magadi, M. A., Agwanda, A. O., & Obare, F. O. (2007). A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Soc Sci Med*, 64(6), 1311-1325. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.004
- Massé, Raymond. (1995). *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Massé, Raymond. (2001). Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui. *Jean-Luc Bonniol (sous la dir. de), Paradoxes du métissage*, Paris, Éditions du CTHS, 145-158.
- Massé, Raymond, & Saint-Arnaud, Jocelyne. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. [Québec]: Presses de l'Université Laval.
- Mathole, T., Lindmark, G., & Ahlberg, B. M. (2005). Dilemmas and paradoxes in providing and changing antenatal care: A study of nurses and midwives in rural Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, 20(6), 385-393.
- Mathole, T., Lindmark, G., Majoko, F., & Ahlberg, B. M. (2004). A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery*, 20(2), 122-132.
- Mazet, Pierre. (2010). La non demande de droits: prêtons l'oreille à l'inaudible. *La Vie des idées*. [http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601\\_mazet.pdf](http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601_mazet.pdf)
- Miles, BM., & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Ministère de la Santé. (2011). *Plan national de développement sanitaire 2011-2020*. Burkina Faso.
- Moussa, H. (2003). *Devoir de soigner et droit d'exercer la violence: ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger*. Bulletin de l'APAD Retrieved from <http://apad.revues.org/205#tocto2n1>.
- Mubyazi, G. M., Bloch, P., Magnussen, P., Olsen, O. E., Byskov, J., Hansen, K. S., & Bygbjerg, I. C. (2010). Women's experiences and views about costs of seeking

- malaria chemoprevention and other antenatal services: a qualitative study from two districts in rural Tanzania. *Malar J*, 9, 54. doi: 10.1186/1475-2875-9-54
- Mucchielli, Alex. (1991). *Les méthodes qualitatives* (1re éd ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Mucchielli, Alex. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives*, 7-40.
- Namasivayam, A., Osuorah, D. C., Syed, R., & Antai, D. (2012). The role of gender inequities in women's access to reproductive health care: a population-level study of Namibia, Kenya, Nepal, and India. *Int J Womens Health*, 4, 351-364. doi: 10.2147/ijwh.s32569
- Ndiaye, Pap, Dia, Anta Tal, Diediou, A, Dieye, EHL, & Dione, DA. (2005). Déterminants socioculturels du retard de la 1re consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique*, 17(4), 531-538.
- Nikiema, B., Beninguisse, G., & Haggerty, J. L. (2009). Providing information on pregnancy complications during antenatal visits: Unmet educational needs in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 24(5), 367-376.
- Nikiema, L., Kameli, Y., Capon, G., Sondo, B., & Martin-Prevel, Y. (2010). Quality of antenatal care and obstetrical coverage in rural Burkina Faso. *J Health Popul Nutr*, 28(1), 67-75.
- OMS. (1978). *Alma-Ata 1978-Les soins de santé primaires*. Genève, Suisse: Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>.
- OMS. (1981). *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Genève, Suisse: Retrieved from [http://cms.unige.ch/isdd/IMG/pdf/strategie\\_mondiale\\_la\\_sante\\_pour\\_tous\\_en\\_1\\_an\\_2000.pdf](http://cms.unige.ch/isdd/IMG/pdf/strategie_mondiale_la_sante_pour_tous_en_1_an_2000.pdf).
- OMS. (2006a). *The health of the people: the African regional health report*. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/afro/2006/9290231033\\_rev\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/afro/2006/9290231033_rev_eng.pdf)
- OMS. (2006b). *Pour un réel changement dans les pays : approche stratégique pour l'amélioration de la survie et de la santé de la mère et du nouveau-né*. Genève: Organisation mondiale de la santé Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/70000>.
- OMS. (2011). *Le VIH/Sida en Afrique subsaharienne: le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70843/1/WHO\\_HIV\\_2012.5\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70843/1/WHO_HIV_2012.5_fre.pdf).
- OMS, UNICEF, UNFPA, & Banque Mondiale. (2011). Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008: estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Genève, Suisse.
- Ouattara, F., Bationo, B.F., & Gruénais, M-E. (2009). Pas de mère sans un «mari». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). *Autrepart*, 4(52), 81-94. doi: 10.3917/autr.052.0081
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative-Une méthodologie de la proximité. In D. Henri (Ed.), *Problèmes sociaux: Théories et méthodologies de la recherche*. Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec. Retrieved from <http://site.ebrary.com.ezproxy.bibl.ulaval.ca/lib/ulaval/docDetail.action>.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*: Armand Colin.



- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention? *Lien social et Politiques*(55), 115-124. doi: DOI: 10.7202/013229ar
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique*. Document électronique réalisé par J.-M. Tremblay, bénévole  
Retrieved from  
[http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires\\_alvaro/echantillonnage\\_recherche\\_qualitative/echantillon\\_recherche\\_qual.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillon_recherche_qual.pdf)
- Pires, A. (2004). *La recherche qualitative et le système pénal peut-on interroger les systèmes sociaux?* Document électronique réalisé par J.-M. Tremblay, bénévole  
Retrieved from  
[http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires\\_alvaro/rech\\_qual\\_systeme\\_penal/rech\\_qual\\_systeme\\_penal.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/rech_qual_systeme_penal/rech_qual_systeme_penal.pdf)
- Provalis Research. (2004). *QDA Miner Data Analysis Software: User's Guide* Retrieved from <http://provalisresearch.com/resources/manuals-2/>.
- Ridde, V. (2004). L'initiative de Bamako 15 ans après- Un agenda inachevé. In J. D. Beyer (Ed.), Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. In A. S. Preker (Series Ed.). Washington: The World Bank, USA. Retrieved from  
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BamakoInitiativeReview.pdf>.
- Ridde, V., Nougara, A., & Haddad, S. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*, 3(2).
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2010). Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé (Vol. 18): Organisation mondiale de la santé. Background paper.
- Rode, A. (2009). « L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins». *Lien social et Politiques*(61), 149-158. doi: 10.7202/038480ar
- Rode, A. (2010). *Le «non-recours» aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. Institut d'études politiques de Grenoble, France.
- Rookhuizen, Marion, & Helleman, Claudine. (1986). *Femmes de Rana : les besoins et possibilités des femmes d'un village mossi au Burkina Faso*. [Leiden: Centre de recherche et de documentation femmes et développement, Université d'État de Leiden.
- Rwenge, J.-R.M., & Tchamgoue-Nguemaleu, H.B. (2011). Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises. *African Journal of Reproductive Health* 15(3), 87-99.  
<http://www.bioline.org.br/request?rh11038>
- Sanon Ouédraogo, D., Ouédraogo, S. Ki, & Kouyaté, B. (2010). *Stratégies porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso (Note de politique SURE)*. Burkina Faso, Ouagadougou: Ministère de la santé Retrieved from  
[www.evipnet.org/sure](http://www.evipnet.org/sure).
- Simkhada, B., Teijlingen, E. R., Porter, M., & Simkhada, P. (2008). Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs*, 61(3), 244-260. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x
- Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales.

- Recherches Qualitatives*, 27(1), 127-140. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Storeng, Katerini, & Ouattara, Fatoumata. (2008). L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso. *Bulletin de l'APAD [En ligne]*. <http://apad.revues.org/3003>
- Tann, C. J., Kizza, M., Morison, L., Mabey, D., Muwanga, M., Grosskurth, H., & Elliott, A. M. (2007). Use of antenatal services and delivery care in Entebbe, Uganda: a community survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7, 23. doi: 10.1186/1471-2393-7-23
- UNICEF. (2008). *La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale*. Retrieved from <http://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-FR.pdf>.
- UNICEF. (2012). *Analyse initiale de situation de la santé maternelle et infantile (SMNI) dans le cadre des fonds français Muskoka au Burkina Faso*. Retrieved from [http://www.unicef.org/bfa/french/analyse\\_initiale\\_de\\_situation\\_de\\_la\\_sante\\_maternelle\\_neonatale\\_et\\_infantile\\_au\\_burkina\\_faso\\_2012.pdf](http://www.unicef.org/bfa/french/analyse_initiale_de_situation_de_la_sante_maternelle_neonatale_et_infantile_au_burkina_faso_2012.pdf).
- United Nations Population Fund. (2012). Global programme to enhance reproductive health commodity security *Ten good practices in essential supplies for family planning and maternal health*. New York: United Nations Population Fund, Commodity Security Branch.
- Vachon, M. (2012). Ethnographie rwandaise sur l'apport subjectif bénéfique de l'interprète dans l'analyse de données. *Recherches Qualitatives*, 31(1), 114-129. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition\\_reguliere/numero31%281%29/melanie-vachon.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition_reguliere/numero31%281%29/melanie-vachon.pdf)
- Vinel, Virginie. (2005). *Des femmes et des lignages : ethnologie des relations féminines au Burkina Faso (Moose, Sikoomse)*. Paris: L'Harmattan.
- Warin, P. (2010a). « *Le non-recours : définitions et typologies* » Vol. 1. *Working Paper de l'ODENORE* Retrieved from [http://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition\\_typologies\\_non\\_recours.pdf](http://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf)
- Warin, P. (2010b). Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? *La vie des idées*, (10-06-2013). [http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601\\_warin.pdf](http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601_warin.pdf)
- Warin, P. (2011). *Renoncement à des soins et précarité. Intervention de l'Odenore au Colloque sur Le Renoncement aux soins organisé par la DIRE-DREES-DSS (Paris, 22 novembre 2011)*. Paris, France. <http://odenore.msh-alpes.fr/content/le-renoncement-aux-soins-0>





## Annexe A: Soins prénatals focalisés: le modèle CPN en quatre visites, d'après les directives cliniques de l'OMS

Buts				
	Première visite 8-12 semaines	Deuxième visite 24-26 semaines	Troisième visite 32 semaines	Quatrième visite 36-38 semaines
	Confirmer grossesse et DEA, classer les femmes pour CPN de base (quatre visites) ou soins plus spécialisés. Dépister, traiter et administrer les mesures préventives. Formuler un plan d'urgence et faire préparatifs à la naissance. Conseiller.	Évaluer bien-être maternel et fœtal. Exclure HG et anémie. Prendre les mesures préventives. Revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. Conseiller.	Évaluer bien-être maternel et fœtal. Exclure HG, anémie et grossesses multiples. Prendre les mesures préventives. Revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. Conseiller.	Évaluer bien-être maternel et fœtal. Exclure HG, anémie, grossesses multiples et mauvaise présentation. Prendre les mesures préventives. Revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. Conseiller.
Activités				
Évaluation et prise en charge rapides des signes d'urgence, administrer le traitement approprié et transférer vers l'hôpital, si nécessaire				
<b>Antécédents (demander, consulter dossiers de santé)</b>	Évaluer les symptômes importants. Prendre les antécédents psychosociaux, médicaux et obstétricaux. Confirmer la grossesse et calculer DEA. Classer toutes les femmes (dans certains cas après les résultats des tests)	Évaluer les symptômes importants. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclassez si nécessaire.	Évaluer les symptômes importants. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclassez si nécessaire.	Évaluer les symptômes importants. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclassez si nécessaire.
<b>Examen (observer, écouter, palper)</b>	Examen général et obstétrical complet, TA	Anémie, TA, croissance et mouvements du fœtus	Anémie, TA, croissance fœtale, grossesses multiples	Anémie, TA, croissance et mouvements du fœtus grossesses multiples, mauvaise présentation
<b>Dépistage et tests</b>	Hémoglobine Syphilis VIH Protéinurie Groupe sanguin/Rh* Bactériurie*	Bactériurie*	Bactériurie*	Bactériurie*
<b>Traitements</b>	Syphilis ARV si recevable Traiter bactériurie si indiqué*	Anthelminthique** ARV si recevable Traiter bactériurie si indiqué*	ARV Traiter bactériurie si indiqué*	ARV si recevable En cas de présentation par le siège, VCE ou référence pour VCE Traiter bactériurie si indiqué*
<b>Mesures préventives</b>	Vaccination antitétanique Fer et folate+	Vaccination antitétanique Fer et folate TPI ARV	Fer et folate TPI ARV	Fer et folate ARV
<b>Éducation sanitaire et conseils de santé</b>	Soins de soi-même, alcoolisme et tabagisme, nutrition, rapports sexuels sans risques, repos, utilisation de MII, plan d'urgence et préparatifs à la naissance	Plan d'urgence et préparatifs à la naissance, renforcement des conseils précédents	Plan d'urgence et préparatifs à la naissance, alimentation du nourrisson, soins du post-partum/postnatal, espacement des naissances, renforcement des conseils précédents	Plan d'urgence et préparatifs à la naissance, alimentation du nourrisson, soins du post-partum/postnatal, espacement des naissances, renforcement des conseils précédents

Noter tous les résultats dans un carnet à la maison et/ou carnet des CPN et plan de suivi

Sigles : (DEA = date estimée de l'accouchement ; TA = tension artérielle ; HG = hypertension gestationnelle ; ARV = médicaments antirétroviraux pour le VIH/SIDA ; VCE = version céphalique par manœuvre externe ; TPI = traitement préventif intermittent pour le paludisme pendant la grossesse ; MII = moustiquaire imprégnée aux insecticides)

\* Intervention supplémentaire dans les centres de référence, mais qui n'est pas recommandée dans les contextes à ressources limitées

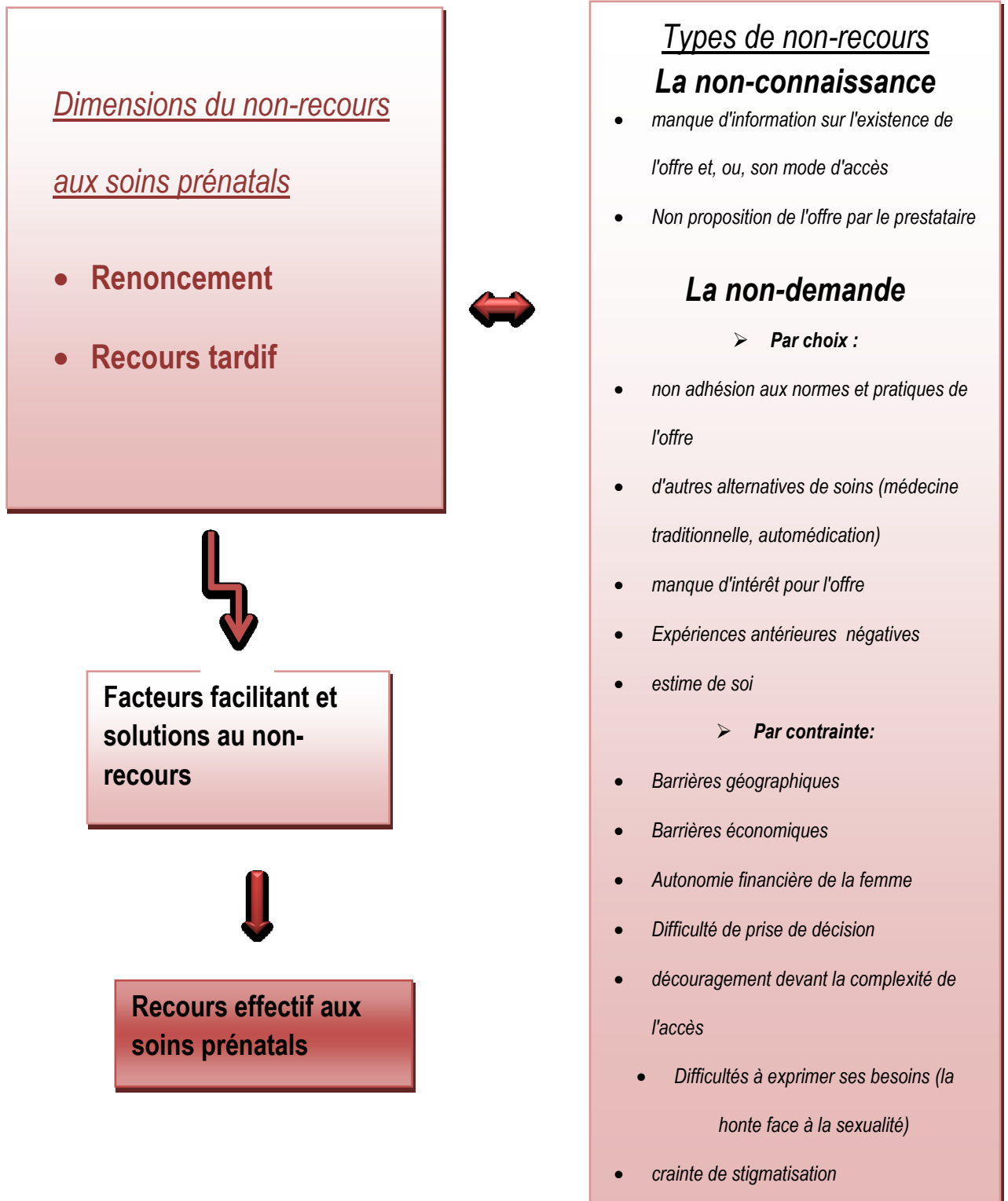
\*\* Ne devrait pas être donné pendant le premier trimestre mais, si la première visite est faite après 16 semaines, peut être donné lors de la première visite

+Devrait également être prescrit comme traitement si l'anémie est diagnostiquée

Source: (Lawn & Kerber, 2006)



## Annexe B : Cadre conceptuel systématisé





## **Annexe C : Ébauche d'une grille d'entrevue**

### **Bloc A : Expérience prénatale**

Pouvez-vous me parler de l'expérience de votre dernière grossesse / ou de votre grossesse actuelle?

#### **Sous questions :**

- À quel mois de grossesse, avez-vous su que vous étiez en état de grossesse?
- Comment avez-vous fait pour savoir que vous étiez enceinte?
- Comment avez-vous réagi lorsque vous avez su que vous étiez enceinte ?
- L'avez-vous annoncé à votre entourage lorsque vous l'avez su ?
  - Si oui, comment a réagi votre entourage? Votre époux? Votre belle-mère, ou autre personne importante pour vous?
  - Si non, pourquoi?

### **Bloc B : Croyances et pratiques culturelles autour de la grossesse**

- Qu'est-ce qu'une femme **doit faire** lorsqu'elle est enceinte ici au Burkina?
- Qu'est-ce qu'une femme **ne doit pas faire** lorsqu'elle est enceinte ici au Burkina?
- Parlez-moi des comportements (pratiques) que vous devez respecter pour le bien du fœtus pendant votre grossesse?
  - Quelles ont été les conséquences si vous n'aviez pas suivi ces recommandations(poser la question si elle n'a pas suivi les prescriptions)?
  - Ou/ quelles auraient été les conséquences si vous n'aviez pas suivi ces recommandations?

### **Bloc C : État de santé et parcours de soins**

Parlez-moi de votre état de santé pendant votre grossesse?

Avez-vous éprouvé des difficultés (malaises?) ou avez-vous été malade durant votre grossesse ?

Racontez-moi ce que vous avez vécu et ce que vous avez fait pour vous soigner ?

#### **Sous questions :**

- Avez-vous reçu de l'aide et des conseils pendant votre grossesse de la part de votre (vos) :
  - Famille; Amies; Voisines; Sage-femmes; d'autres personnes?

- Racontez.
- Avez-vous reçu des soins durant votre grossesse ? Pouvez-vous me dire pourquoi vous avez utilisé ces types de soins?
- Quelle est votre satisfaction ou quelle est votre appréciation des soins reçus?
- Qu'est-ce qui a influencé votre choix pour ce type de soins?
  - Pratiques culturelles (interdits alimentaires ou comportementaux par exemple)
  - Entourage (famille, amis, voisins etc.)
  - Autre influence (obstacles et aspects facilitants, avantages, inconvénients)

### **Bloc D : les différentes perceptions des soins prénatals**

Pourquoi n'êtes-vous pas allée consulter un professionnel de la santé durant votre grossesse? Est-ce que c'est un choix personnel? Expliquez.

Avez-vous des expériences passées avec les services de santé (prénatals ou non)? Pouvez-vous me parler de ces expériences ?

#### **Sous questions :**

- Qu'avez-vous apprécié des soins reçus ? Que n'avez-vous pas apprécié ?
- Quels sont les avantages à consulter ces services pendant la grossesse ? Quels sont les désavantages?
- Quelles sont les contraintes à utiliser les services de santé?
  - Est-ce qu'ils sont facilement accessibles? (Concernant le coût des soins, le transport, la distance géographique, les heures d'ouverture, les professionnels de la santé sont-ils accessibles, et l'accueil est-il adéquat selon vos attentes?)
- Qu'est-ce qui facilite ou pourrait faciliter votre recours aux services prénatals?
- Connaissez-vous l'existence d'autres types de soins pour la grossesse, à part les soins que vous avez reçus?
- Pouvez-vous me dire ce que vous connaissez des services de soins prénatals dans votre région ? (avez-vous reçu de l'information sur ces services ? (Par exemple, à quoi servent les consultations prénatales ou le nombre de fois qu'il faut les faire durant toute la grossesse ou qui doivent faire ces consultations prénatales?)
- Connaissez-vous des femmes qui utilisent ou ont utilisé ces services?

- Quelles sont (ou seraient) vos attentes et préférences par rapport aux soins durant votre grossesse?

### **Suggestions et recommandations**

Auriez-vous des suggestions sur comment améliorer les soins et services pour les femmes enceintes de votre région?

- Autre chose que vous souhaiteriez ajouter ?
- Des questions que vous aimeriez poser à Marietou ?

### **Questionnaire sociodémographique**

- Date de naissance :
- Formation académique :
- Statut socio-économique :
- Nombre d'enfants :
- État matrimonial : à préciser à la mairie, religieuse ou coutumière

### **Exemples de questions ajoutées durant la collecte des données:**

- Selon vous pourquoi les pesées sont une obligation?
- Avez-vous recouru aux pesées parce que vous aviez peur du déroulement de votre accouchement?
- Pourquoi allez-vous repartir faire les CPN lors de votre prochaine grossesse?
- Pourriez-vous nous décrire les soins que vous avez reçus à la maternité durant les pesées?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à aller faire les pesées?





## **Annexe D : Grille d'observation**

- 1. Caractéristiques géographiques:** dans cette section, nous allons observer les limites géographiques, les facteurs physiques, les services publics, les modes de transport (l'état des routes et des moyens de transport, les distances entre les formations sanitaires et les villages) et les différents milieux de travail et de fréquentation des femmes (les champs, cuisine par exemple). Nous allons seulement observer les villages qui seront choisis pour cette étude.
  
- 2. Statut et occupation des femmes:** Nous observerons les activités quotidiennes des femmes dans la communauté et particulièrement des femmes enceintes. Nous relèverons leurs attitudes, leurs statuts et leurs rôles au sein de la communauté.
  
- 3. Les milieux de soins :** les milieux de soins identifiés pour cette étude sont les structures de santé et les milieux de soins traditionnels. Nous observerons chaque milieu de soin une seule fois durant notre séjour là-bas. Nous observerons :
  - ✓ les lieux physiques des milieux de pratique;
  - ✓ les interactions sociales entre les femmes et les praticiens des services publics de santé et des milieux de soins traditionnels;
  - ✓ les services qui sont offerts et la description de ces services;
  - ✓ les activités des praticiennes et des praticiens (sage-femme, infirmier, accoucheuse auxiliaire brevetée, accoucheuse traditionnelle).



## **Annexe E : Présentation des différents informateurs-clés**

**Les professionnels de la santé en exercice:** ils ont été choisis comme informateurs-clés pour qu'ils nous éclairent sur le déroulement des CPN et les différentes modalités concernant la politique d'exemption du paiement direct des soins préventifs lors de la grossesse. Nous nous sommes intéressées également à leurs perceptions du non-recours aux soins prénatals. Leurs témoignages nous permirent d'avoir un autre regard sur les différentes affirmations des participantes par rapport à leur contrainte à utiliser les services de santé et à la qualité des soins qu'elles reçoivent dans les centres de santé lors des soins prénatals. En effet, la dimension macro du système de santé est importante dans le contexte burkinabé, il est essentiel d'écouter les acteurs de la santé dans le cadre de cette recherche pour s'ouvrir à des connaissances qui outrepassent le «savoir» des utilisatrices des services de soins.

**L'accoucheuse villageoise ou matrone à la retraite :** c'est une femme habitant dans un des villages où nous avons fait le recrutement des participantes. Dans le passé, elle aidait les femmes à accoucher dans le village, avec la réforme du système de soins elle a reçu une formation professionnelle et a été intégrée dans les services de santé. De ce fait, elle n'accouchait plus les femmes dans leur maison, mais dans les maternités. Elle nous a livré des raisons sous-jacentes au non-recours aux soins prénatals au travers de ses expériences professionnelle et personnelle.

**La dolotière:** c'est une femme qui vend le Dolo, la bière locale au Burkina Faso faite à base de mil. Elle gère un cabaret à l'intérieur d'un village que fréquentent des hommes et des femmes et aussi ceux qui viennent des autres villages durant le jour de marché<sup>44</sup>. Sa position dans le village lui permet d'entendre des histoires et expériences en lien avec notre sujet d'étude. Nous voulions entendre ces diverses histoires qui circulaient entre femmes et de sa vision personnelle en tant que mère pour alimenter considérablement notre démarche réflexive et constructiviste. De plus, elle détient des informations importantes dans la dynamique sociale du village. Les discussions informelles que nous avons eues avec elle

---

<sup>44</sup> Le marché a lieu dans les villages tous les trois jours.

nous permirent de confirmer certains thèmes qui émergeaient des discours des femmes, mais aussi elle nous a éclairées sur le rôle des hommes durant la grossesse et leur implication dans les soins prénatals et la planification familiale.

**Le tradipraticien:** il avait affiché devant sa concession qu'il soigne des accouchements difficiles et beaucoup d'autres maladies. Sa contribution était importante dans le cadre de cette recherche, car après notre rencontre nous avons pu nourrir nos connaissances sur le thème de l'utilisation des soins traditionnels durant la grossesse qui était un sujet lors de nos rencontres avec les participantes de cette étude.

**Une femme qui a un enfant de plus de deux ans:** on ne pouvait pas la recruter selon les critères d'inclusion établis dans le cadre de cette étude. Cette femme nous a parlé de façon générale de son expérience en tant que mère et habitante d'un des villages et les raisons qui pouvaient entraver le recours effectif aux soins prénatals des femmes de sa communauté.

**Le chargé de projet du PASME:** il a été d'un soutien important. N'habitant pas dans la commune de Kokologho, nous le rencontrions pour relativiser nos connaissances acquises à travers nos différentes observations et le «savoir» livré par les participantes. Étant un ancien professionnel de la santé, il a pu nous parler de son expérience et de certains préceptes culturels qui nous échappaient souvent et qui sont des raisons fondamentales dans le vécu et la perception de la grossesse et de l'accouchement par les femmes.

# **Annexe F Feuille d'information pour un consentement**

## **Formulaire pour un consentement verbal**

Avant de vous demander si vous consentez à participer à ce projet de recherche, je vais vous présenter des renseignements sur la recherche et sur ce qui est attendu de votre participation. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles pour bien comprendre ces renseignements.

### **Présentation du chercheur**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Marietou Niang, dirigée par Sophie Dupéré, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et codirigée par Emmanuelle Bédard professeure au Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski.

Cette recherche a été approuvée par le Comité de recherche en santé du Burkina Faso (délibération n° 2013-10-092) et le Comité d'éthique de l'Université Laval (2013-179 / 18-09-2013).

### **Nature et objectifs du projet**

Cette recherche a pour titre «Le non-recours aux services de soins prénatals auprès des femmes vivant dans le district sanitaire de Koudougou au Burkina Faso». Elle s'inscrit dans le Projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso (PASME). Elle a pour objectif général de comprendre le non-recours aux services de soins prénatals selon votre expérience de grossesse. À travers cette recherche, nous aimerions:

- ✓ décrire votre parcours de soins prénatals durant la grossesse;
- ✓ documenter les raisons de l'utilisation tardive des soins prénatals au-delà des trois premiers mois de grossesse ou de la non-utilisation des services publics de soins prénatals durant toute la grossesse;
- ✓ et identifier les barrières et les facteurs facilitants à l'utilisation des services publics de soins prénatals.

Ces connaissances nous permettront de faire des interventions par la suite qui seront appuyées par le PASME pour améliorer les services publics de soins prénatals qui existent dans votre communauté. Cette étude n'est pas ici pour vous juger, mais elle veut mettre en

lumière des éléments en rapport à vos préférences et à vos attentes durant la grossesse et elle veut participer à l'amélioration des services de soins prénatals dans votre communauté.

### **Déroulement de la participation**

Dans le cadre de cette recherche, vous êtes invitées à participer à une entrevue individuelle et une entrevue de groupe (focus group) qui seront enregistrées à l'aide d'un magnétophone et seront transcrites sur papier. Vous serez invitées lors de ces entrevues à discuter avec nous de certaines questions qui vous seront posées, mais vous aurez la totale liberté de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Également, vous pouvez accepter de participer seulement à l'entrevue individuelle et refuser de participer à l'entrevue de groupe.

L'entrevue individuelle d'une durée d'environ 1h30, sera réalisée au moment de votre choix et portera sur les éléments suivants:

- votre expérience prénatale
- les croyances et pratiques culturelles entourant la grossesse
- les différents milieux de soins que vous avez utilisés durant cette période
- les perceptions que vous avez des services publics de soins prénatals

À la fin de chaque entrevue individuelle, nous vous demanderons si vous êtes intéressées à participer à une entrevue de groupe qui aura lieu à une date ultérieure qui vous sera communiquée. Cette entrevue de groupe d'une durée d'environ deux heures aura pour but de discuter en groupe, de 4 à 8 femmes qui ont fait les entrevues individuelles, de différents éléments qui ont émergé de l'analyse des entrevues individuelles.

### **Avantages et inconvénients possibles liés à la participation**

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité des services de soins qui vous sont offerts durant la grossesse, de vos préférences et attentes durant la grossesse et aussi des raisons de votre recours ou non-recours aux services de santé durant la grossesse. Cela vous permettra de participer au développement des connaissances en lien avec la santé maternelle et de participer à l'amélioration des services publics de santé dans vos communautés.

Le fait de raconter votre expérience de grossesse peut susciter des souvenirs émouvants ou désagréables, si cela se produit, vous pouvez le notifier à l'étudiante chercheuse qui dispose

d'un bottin de ressources qui pourront vous offrir de l'aide à cet égard. Si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous pouvez simplement refuser d'y répondre sans avoir à vous justifier.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous retirer en tout temps sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous mettez fin à votre participation, le matériel et les données que vous aurez fournies seront détruits, à moins que vous ne m'autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait.

### **Confidentialité**

Puisqu'en recherche, les chercheurs sont tenus de protéger la vie privée des participants, voici les mesures qui seront appliquées pour assurer la confidentialité du matériel et des données :

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un numéro d'entrevue;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les numéros d'entrevue;
- tout le matériel de la recherche incluant les formulaires de consentement sera conservé dans un classeur barré et les enregistrements seront conservés dans une clef USB. L'ensemble du matériel de la recherche sera conservé dans un local sous clef jusqu'au moment prévu pour leur destruction;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par l'utilisation d'un mot de passe;
- l'interprète qui est avec moi est tenu par le secret professionnel et elle a l'obligation de garder secret tout ce qui se dira durant les entrevues;

Lors de la diffusion des résultats :

- votre nom ne paraîtra dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- lors de la diffusion des résultats de la recherche dans des revues ou des réunions scientifiques, les résultats seront présentés sous forme globale et il ne sera pas possible de vous reconnaître ou de vous identifier. À la fin de la recherche :
- tout le matériel et toutes les données seront détruits, au plus tard en septembre 2015;

- **Éthique:** Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval: N° d'approbation 2013-179 / 18-09-2013 et par le Comité de recherche en santé du Burkina Faso : (délibération n° 2013-10-092)

### **Renseignements supplémentaires**

Pour vous permettre de communiquer avec moi si vous le jugez nécessaire, je vous remettrai une copie du document que je suis en train de vous présenter et qui contient des coordonnées ou vous pouvez me joindre.

Vous pouvez me contacter au numéro de téléphone suivant : (...). Ce numéro est celui du bureau du PASME, vous pouvez m'y laisser des messages au besoin à l'intention de Marietou Niang, étudiante chercheuse, en laissant votre nom, un numéro de téléphone ou une adresse pour que je puisse vous rejoindre. Si je ne suis pas là, vous pouvez aussi parler à Moussa Guéri, coordonnateur du PASME. Il pourra répondre à vos questions sur l'étude ou encore écouter vos commentaires ou vos plaintes.

### **Attestation verbale du consentement**

Avez-vous bien compris le projet et les implications de votre participation?

Acceptez-vous de confirmer, sur cet enregistrement audio, que vous consentez à y participer?

Acceptez-vous que cette entrevue soit enregistrée?

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse, je vous remercie pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### **Plaintes ou critiques**

En terminant, je souhaite vous informer que toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au coordonnateur du PASME, (nom de la personne responsable), qui les transmettra à l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Cette personne recevra vos plaintes ou critiques en toute confidentialité et je n'en serai pas avisé. Ses coordonnées sont inscrites sur le présent document dont je vous remets à l'instant une copie.



## **Formulaire de consentement écrit**

### **Présentation du chercheur**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Marietou Niang, dirigée par Sophie Dupéré, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval et codirigée par Emmanuelle Bédard, professeure au Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

### **Nature et objectifs de l'étude**

Cette recherche a pour titre «Le non-recours aux services de soins prénatals auprès des femmes vivant dans le district sanitaire de Koudougou au Burkina Faso». Elle s'inscrit dans le Projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso (PASME). Elle a pour objectif général de comprendre le non-recours aux services de soins prénatals selon votre expérience de grossesse. À travers cette recherche, nous aimerions:

- ✓ décrire votre parcours de soins prénatals durant la grossesse;
- ✓ documenter les raisons de l'utilisation tardive des soins prénatals au-delà des trois premiers mois de grossesse ou de la non-utilisation des services publics de soins prénatals durant toute la grossesse;
- ✓ et identifier les barrières et les facteurs facilitants à l'utilisation des services publics de soins prénatals.

Ces connaissances nous permettront de faire des interventions par la suite qui seront appuyées par le PASME pour améliorer les services publics de soins prénatals qui existent dans votre communauté. Cette étude n'est pas ici pour vous juger, mais elle veut mettre en lumière des éléments en rapport à vos préférences et à vos attentes durant la grossesse et elle veut participer à l'amélioration des services de soins prénatals dans votre communauté.

### **Déroulement de la participation**

Dans le cadre de cette recherche, vous êtes invitées à participer à une entrevue individuelle et une entrevue de groupe (focus group) qui seront enregistrées à l'aide d'un magnétophone et seront transcrites sur papier. Vous serez invitées lors de ces entrevues à discuter avec nous de certaines questions qui vous seront posées, mais vous aurez la totale liberté de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Également, vous pouvez accepter de participer seulement à l'entrevue individuelle et refuser de participer à l'entrevue de groupe.

L'entrevue individuelle d'une durée d'environ 1h30, sera réalisée au moment de votre choix et portera sur les éléments suivants:

- votre expérience prénatale
- les croyances et pratiques culturelles entourant la grossesse
- les différents milieux de soins que vous avez utilisés durant cette période
- les perceptions que vous avez des services publics de soins prénatals

À la fin de chaque entrevue individuelle, nous vous demanderons si vous êtes intéressées à participer à une entrevue de groupe qui aura lieu à une date ultérieure qui vous sera communiquée. Cette entrevue de groupe d'une durée d'environ deux heures aura pour but de discuter en groupe, de 4 à 8 femmes qui ont fait les entrevues individuelles, de différents éléments qui ont émergé de l'analyse des entrevues individuelles.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation**

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité des services de soins qui vous sont offerts durant la grossesse, de vos préférences et attentes durant la grossesse et aussi des raisons de votre recours ou non-recours aux services de santé durant la grossesse. Cela vous permettra de participer au développement des connaissances en lien avec la santé maternelle et de participer à l'amélioration des services publics de santé dans vos communautés.

Le fait de raconter votre expérience de grossesse peut susciter des souvenirs émouvants ou désagréables, si cela se produit, vous pouvez le notifier à l'étudiante chercheuse qui dispose d'un bottin de ressources qui pourront vous offrir de l'aide à cet égard. Si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous pouvez simplement refuser d'y répondre sans avoir à vous justifier.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous retirer en tout temps sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous mettez fin à votre participation, le matériel et les données que vous aurez fournies seront détruits, à moins que vous ne m'autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait.

### **Confidentialité et gestion des données**

Puisqu'en recherche, les chercheurs sont tenus de protéger la vie privée des participants, voici les mesures qui seront appliquées pour assurer la confidentialité du matériel et des données :

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un numéro d'entrevue;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les numéros d'entrevue;
- tout le matériel de la recherche incluant les formulaires de consentement sera conservé dans un classeur barré et les enregistrements seront conservés dans une clef USB. L'ensemble du matériel de la recherche sera conservé dans un local sous clef jusqu'au moment prévu pour leur destruction;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par l'utilisation d'un mot de passe;
- l'interprète qui est avec moi est tenu par le secret professionnel et elle a l'obligation de garder secret tout ce qui se dira durant les entrevues;

Lors de la diffusion des résultats :

- votre nom ne paraîtra dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- lors de la diffusion des résultats de la recherche dans des revues ou des réunions scientifiques, les résultats seront présentés sous forme globale et il ne sera pas possible de vous reconnaître ou de vous identifier. À la fin de la recherche :
- tout le matériel et toutes les données seront détruits, au plus tard en septembre 2015;

**Éthique:** Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'université Laval: N° d'approbation 2013-179 / 18-09-2013 et par le Comité de recherche en santé du Burkina Faso : (délibération n° 2013-10-092)

## Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou pour se retirer du projet, veuillez communiquer avec l'étudiante chercheuse, Marietou Niang, au numéro de téléphone suivant (...), ou à l'adresse courriel suivante : (...).

## Remerciements

Votre collaboration est précieuse, je vous remercie pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à cette étude et nous vous remercions d'y participer.

## Signatures

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Le non-recours aux services de soins prénatals auprès des femmes vivant dans le district sanitaire de Koudougou au Burkina Faso ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'étudiante chercheuse m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

\_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. **Les résultats ne seront pas disponibles avant le 30-09-2014. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer l'étudiante chercheuse de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.**

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature du chercheur

---

Date

**Plaintes ou critiques**

En terminant, je souhaite vous informer que toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au coordonnateur du PASME, (nom du responsable), qui les transmettra à l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Cette personne recevra vos plaintes ou critiques en toute confidentialité et je n'en serai pas avisé. Ses coordonnées sont inscrites sur le présent document dont je vous remets à l'instant une copie.



## **Annexe G : Formulaire d'engagement à la confidentialité destiné à l'interprète**

*Titre de l'étude :* Le non-recours aux services de soins prénatals auprès des femmes vivant dans le district sanitaire de Koudougou au Burkina Faso.

Cette recherche est sous la direction de Sophie Dupéré professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et elle est codirigée par Emmanuelle Bédard professeure au Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski.

Il m'a été expliqué que :

Le but de la recherche est de comprendre le non-recours aux soins prénatals par les femmes âgées de 18 ans et plus qui vivent dans les aires sanitaires de Sabou et de Kokologho. Cette étude vise à décrire votre parcours de soins prénatals durant la grossesse; à documenter les raisons de l'utilisation tardive des soins prénatals au-delà des trois premiers mois de grossesse ou de la non-utilisation des services publics de soins prénatals durant toute la grossesse; et à identifier les barrières et les facteurs facilitants à l'utilisation des services publics de soins prénatals.

Pour réaliser cette recherche, l'étudiante chercheuse mène des entrevues individuelles et de groupe avec des femmes qui vivent dans le district sanitaire de Koudougou au Burkina Faso précisément dans les villages qui se trouvent dans les aires sanitaires de Sabou et de Kokologho. Par la signature d'un formulaire de consentement écrit, un représentant de l'équipe de recherche s'engage auprès des participantes à assurer la confidentialité des données recueillies.

Dans l'exercice de mes fonctions d'interprète, j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement écrit signé avec les participantes et je m'engage à :

- assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participantes ou toute autre donnée permettant d'identifier une participante, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs ou encore des informations les concernant;
- assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
- ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurai accès.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Numéro d'approbation du Comité de la recherche en santé du Burkina Faso :  
.....(à insérer)

Numéro d'approbation du Comité d'éthique à la recherche de l'Université Laval : 2013-179 / 18-09-2013 (no CÉRUL du projet), le XX mois année

Si j'ai des questions à propos de la recherche, je peux contacter l'étudiante chercheuse, Marietou Niang, au numéro (...).