Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Science de la Santé et de l'Education(IFRISSE)
09 BP 311 Ouagadougou 09, Burkina Faso
Tel: +226 70 11 33 02 / +226 25 40 75 41
www.ifris-bf.org

Burkina Faso

Unité - Progrès -Justice

IFRISSE
Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Education (IFRISSE)
Autorisation N°2015-001793/MESS/SG/DGESR/DIESPr
09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso
www.ifris-bf.org
Tel: (+226) 25 40 75 41

Déterminants du non-recours aux services de soins postnatals : cas du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de Zitenga du District Sanitaire de Ziniaré

Mémoire présenté et soutenu publiquement, le 20 octobre 2017 pour obtenir le Diplôme de Master II
Option : Science Maïeutiques et Santé de la Reproduction
Par
SORGHO Emile

Jury :

Directrice de mémoire
Dr Ramatou OUEDRAOGO,
Socio-anthropologue Chercheure associée au LAM (IEP-Bordeaux)

Co-directeur
Dr Sawadogo Michel NASSA
Médecin de santé publique, chargé de programme SR/ UNFPA de Ouagadougou

Président :
Pr Ag. Charlemagne OUEDRAOGO
Gynéco-obstétricien, maître de conférences
Consultant international en SR

Rapporteur :
Dr George ROUAMBA
Socio-anthropologue,
Enseignant chercheur

.

Année Académique 2016-2017

Table des matières

Table des matières I
In MEMORIUM III
DEDICACES IV
REMERCIEMENTS V
LISTE DES TABLEAUX VI
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS VII
LISTE DES ANNEXES VIII
RÉSUME IX
INTRODUCTION ..... - 1 -
CHAPITRE 1: CADRE THEORIQUE ..... - 3 -
I. PROBLEMATIQUE ..... - 3 -
II. CONCEPTUALISATION DE L'ÉTUDE ..... - 5 -
2.1 La recension des écrits ..... - 5 -
2.2 Les caractéristiques individuelles ..... - 6 -
a. Les caractéristiques sociodémographiques ..... ***- 6 -***
b. Les caractéristiques socioéconomiques ..... ***- 8 -***
c. Les représentations/ perceptions sociales de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. ..... - 9 -
2.3 Les caractéristiques des services de santé ..... - 12 -
a. L'accessibilité géographique ..... ***- 12 -***
b. La qualité des services de soins ..... ***- 12 -***
2.4 Les facteurs familiaux ..... - 15 -
III. Pertinence de l'étude ..... - 15 -
IV. Questions, objectifs, et cadre conceptuel de la recherche ..... - 17 -
4.1 Questions de recherche ..... - 17 -
a. Question principale ..... ***- 17 -***
b. Questions spécifiques : ..... ***- 17 -***
4.2 Les objectifs ..... - 18 -
V. Définition des concepts ..... - 18 -
5.1 Les soins postnatals: définition et importance? ..... **- 18 -**
5.2 Le non-recours ..... **- 20 -**
5.3 Le non-recours aux soins postnatals ..... **- 21 -**
5.4 Les déterminants ..... **- 22 -**
VI. Cadre conceptuel ou théorique ..... - 22 -
6.1 **Le cadre conceptuel** ..... - 23 -
Figure 1: Schéma du cadre conceptuel ..... ***- 23 -***
6.2 **Définitions des concepts du cadre conceptuel** ..... - 24 -
Chapitre 2 : Présentation du milieu de l'étude ..... - 25 -
2.1 Présentation du district sanitaire de Ziniaré ..... - 25 -
2.1.1 Historique de la ville de Ziniaré ..... ***- 25 -***
2.1.2 Le district sanitaire de Ziniaré ..... ***- 25 -***
2.2 Présentation et justification du choix du champ d'étude ..... - 26 -
2.2.1 Justification du choix de l'aire sanitaire de Zitenga ..... ***- 26 -***
2.2.2 Présentation du champ d'étude ..... ***- 27 -***
Chapitre III: Méthodologie de recherche ..... - 30 -
3.1 Type d'étude ..... - 30 -
3.2 Population d'étude ..... - 30 -
3.3 Type d'échantillonnage, sélection et processus de recrutement des participants ..... - 32 -
3.3.1 Type d'échantillonnage ..... ***- 32 -***
3.3.2 Stratégie de recrutement ..... ***- 32 -***
3.4 Les techniques et outils de collecte des données ..... - 34 -

3.4.1 Les entretiens individuels ..... *- 34 -*
Tableau 1: Profil sociodémographique des participantes ..... - 37 -
3.4.2 L'observation participante ..... *- 37 -*
3.4.3 La grille d'appréciation du matériel ..... *- 38 -*
3.5 Traitement et analyse des données ..... - 38 -
3.6 Critères de scientificité ..... - 38 -
3.7 Difficultés rencontrées ..... - 40 -
3.7.1 Les difficultés d'ordre général ..... *- 40 -*
3.7.2 Les difficultés liées au recrutement des participants ..... *- 40 -*
3.8 Considération éthique de la recherche ..... - 41 -
Chapitre 4: Présentation des résultats ..... - 42 -
4.1 Les facteurs individuels du non-recours aux soins postnatals ..... - 42 -
4.1.1 Le pouvoir financier et économique des familles ..... *- 42 -*
4.1.2 Les représentations sociales et pratiques autour de la grossesse de l'accouchement et du postpartum ..... *- 48 -*
4.2 Les facteurs familiaux du non-recours aux soins postnatals ..... - 67 -
4.2.1 La charge de travail des mères au sein de la famille ..... *- 67 -*
4.2.2 Les relations qu'entretiennent les membres de la famille ..... *- 67 -*
4.2.3 Les prises de décision, la gestion des ressources et des soins au sein de la Famille…… ..... *- 70 -*
4.3 Les déterminants du non-recours aux soins postnatals liés aux services de Santé… ..... - 75 -
4.3.1 L'accessibilité des services de santé ..... *- 75 -*
4.3.2 La qualité des soins ..... *- 79 -*
4.3.3 Les motifs du non-recours aux soins postnatals ..... *- 88 -*
4.4 Suggestions et recommandations des enquêtés ..... - 92 -
*4.4.1 Les besoins non satisfaits en matière de l*a santé maternelle et néonatale ..... *- 92 -*
4.4.2 L'amélioration de la fourniture des services de soins postnatals dans la localité…… ..... *- 93 -*
Chapitre 5 : Discussion des résultats ..... - 95 -
5.1 Les facteurs individuels et le non-recours aux services de soins postnatals - 95 -
5.1.1 L'effet du faible pouvoir économique et social sur le non-recours aux soin s postnatals ..... *- 96 -*
5.1.2 Les normes socioculturelles entourant l'accouchement et les soins Postnatals.. ..... *- 98 -*
5.2 Facteurs familiaux du non-recours ..... - 101 -
5.2.1 Organisation sociale du travail dans la famille ..... *- 102 -*
5.2.2 Le pouvoir de décision et le non-recours aux soins postnatals ..... *- 103 -*
5.3 Les déterminants du non-recours aux soins postnatals liés aux services de Santé… ..... - 104 -
5.3.1 L'accessibilité géographique : une contrainte négligée par les participants. *- 104 -*
5.3.2 La qualité de l'offre de service et le non-recours aux soins postnatals….. *- 105 -*
5.3.3 Le renoncement aux soins postnatals: les motifs des mères enquêtées… *- 108 -*
5.4 Les Forces et les limites de l'étude ..... - 109 -
Conclusion ..... - 111 -
Référence bibliographique ..... **A**
Annexes : ..... **F**

In MEMORIUM

A mon père,

Si loin de moi mais proche par la pensée,

Que ton âme repose en paix.

DEDICACES

A ma mère Lallé ZORE pour son soutien.

A mon épouse Sibdou Eugénie KABRE qui m'épaule quotidiennement.

A mes enfants W.S. Marie Flore, A. Laure Inès et R. Dellia.

Grâce à vous, je me bats toujours dans ce monde.

A tous mes frères et sœurs, pour leurs accompagnements.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire de master 2 a bénéficié du soutiende plusieurs personnes et je leur suis très reconnaissant. Je tiens particulièrement à remercier ma directrice de recherche, **docteur Ramatou OUEDRAOGO**, pour son soutien, son écoute, son respect, sa «flexibilité», sa disponibilité, ses rétroactions toujours pertinentes et constructives ainsi que pour sa patience et le temps consacré dans le cadre de ce mémoire et ce, malgré son état de santé fragile. Mes remerciements également à mon co-directeur de mémoire **docteur Sawadogo Michel NASSA**, pour sa rigueur et son sens du travail bien fait ont permis de modeler et de parfaire ce travail. Soyez-en remercié.

Au directeur de l'IFRIS et à tous mes encadreurs, particulièrement au **docteur George ROUAMBA,** à Mr **N. Gustave NANA** qui m'ont toujours encouragé et appuyé à chaque fois que j'étais confronté à des difficultés. Je dis merci infiniment.

Je remercie aussi les autorités sanitaires de la région du plateau central et du district sanitaire de Ziniaré pour leurs compréhensions et les autorisations qu'ils m'ont souvent accordées. Mes remerciements vont à l'endroit de tout le personnel de la formation sanitaire de Zitenga, notamment **Mr Donald DJIGUEMDE** le major et Mr **Issaka SAWADOGO,** le responsable de la maternité pour tous les efforts consentis pour me permettre de mener les entrevues dans les différents villages. Merci beaucoup! Je n'oublie pas l'ensemble des participants à l'étude, les mères, leurs maris et leurs belles-mères ainsi que le personnel de la maternité de Zitenga, qui ont accepté de partager leur expérience si généreusement. Les informations qu'ils m'ont fournies permettront sans doute d'améliorer l'utilisation des services de soins postnatals. Sans eux, je n'aurais pu mener à terme ce projet de recherche. Aussi, je tiens à remercier les guides pour leurs disponibilités et leurs aides au processus de recrutement des participants dans les villages.

Je ne peux oublier dans mes remerciements, mes collègues attachés de santé en pédiatrie de la promotion 2006-2008, pour leurs soutiens multiformes et à ceux de la première promotion de l'IFRIS, pour leurs encouragements et leurs appuis dans la réalisation de ce mémoire.

Enfin, merci à mes amis et parents **Jean Pascal SANDWIDI**, **Pascal SOBGO**, **Lassana WAONGO**, **Boureima OUEDRAOGO, Idrissa OUEDRAOGO, Raogo Laurent NIKIEMA, Patrice COMPAORE, Evence OUEDRAOGO et René ZOUNGRANA** et leurs familles pour leurs efforts afin de m'aider à travailler sur ce projet et le terminer.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Profil sociodémographique des participantes ..... - 37 -

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma du cadre conceptuel..... - 23 -

Figure 2: carte administrative de la commune de Zitenga ..... - 29 -

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	Accouchement Assisté
AA	Accoucheuse Auxiliaire
AG	Assemblée Générale
AGR	Activités Génératrices de Revenus
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
AV	Accoucheuses Villageoises
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CE1	Cours Elémentaire 1ère année
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CM	Centre Médical
CM2	Cours Moyen 2ère année
CNRS	Consultation de Nourrissons sains
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
CSPS	Centres de Santé et de Promotion Sociale
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	Équipe Cadre du District
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
F S	Formation Sanitaire
HD	Hôpital de District
IEC	Information Éducation Communication
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
M S	Ministère de la Santé
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCL	Plateau Central
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activité
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPCL	Région du Plateau Central
RQDA	R package for Qualitative Data Analysis
TA	Tension Artérielle
UN	Nations Unies
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Guide observation.....F
Annexe 2: Formulaire d'information et de consentement aux participants(es) .....G
Annexe 3: Grille d'appréciation du matériel utilisé pour les soins postnatals .....J
Annexe 4: Grille d'entrevue des mères.....M
Annexe 5: Grille d'entrevue des Belle-Mère .....Q
Annexe 6:Grille d'entrevue des Maris .....U
Annexe 7: Grille d'entretien pour le personnel de santé..... Z

RÉSUME

Le taux des décès maternels et infantiles au cours des semaines suivant l'accouchement fait de la période postnatale une période à risque pendant laquelle, il faut offrir des interventions permettant d'améliorer la santé et la survie de la mère et du nouveau-né. Selon le plan d'action 2015du district sanitaire de Ziniaré, seulement 29,7 % des femmes ont bénéficié des consultations postnatales contre 27,2 % pour le CSPS de Zitenga durant la même année.

Pour appréhender ce problème, nous avons réalisé une étude qualitative de cas à visée descriptive et exploratoire sur les déterminants du non-recours aux soins postnatals au niveau de la formation sanitaire de Zitenga. Pour ce faire, nous avons mené une enquête du1er au 30 juin 2017danstrois villages de cette aire sanitaire à savoir: Dianema, Nonghin et Tanlili. Au total, trente-quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés avec onze des mères n'ayant pas eu recours aux soins postnatals, neuf de leurs maris, dix de leurs belles-mères et quatre agents de santé, en plus des observations participantes pendant les sorties des mères de la maternité et les activités des mères dans les villages.

L'étude a permis de conclure que divers déterminants pourraient expliquer cet état de fait. Certains sont en rapport avec les femmes elles-mêmes tels que l'insuffisance de sensibilisation sur la CPoN, le faible niveau d'instruction, le faible niveau socio-économique et les pratiques traditionnelles, la surcharge de travail entre autres. D'autres sont en rapport avec les prestataires et le mode d'organisation des services telles que l'insuffisance de compétences en matière de soins postnatals, la mauvaise qualité des soins, le délai d'attente prolongé, des insuffisances en matière d'accueil et de communication interpersonnelle et la non-permanence des services de soins postnatals.

À la lumière de ces résultats, nous avons formulé des suggestions aux acteurs politiques et sanitaires notamment sur l'amélioration de la condition des femmes, l'amélioration de la qualité des soins et la sensibilisation de la population.

Selon nos résultats, la méconnaissance de l'existence et de l'importance des soins postnatals, la qualité du service offert et les facteurs socioculturels sont des déterminants importants de l'utilisation de cette prestation. Le renforcement des compétences et de l'effectif du personnel de santé, la qualité des soins, la sensibilisation de la population, surtout les mères, les belles-mères et les maris s'avèrent nécessaire pour améliorer l'utilisation des soins postnatals et partant, la santé de la mère et de l'enfant.

Mots clés: Déterminants-non-recours-soins postnatals-mère-nouveau-né.

ABSTRACT

The rate of maternal and infant deaths in the weeks following childbirth makes the postnatal period a period of risk in which interventions to improve maternal and newborn health and survival are needed. According to the Ziniaré Health District Action Plan 2015, only 29.7% of women benefited from postnatal consultations, compared with 27.2% for the Zitenga CSPS during the same year.

In order to understand this problem, we carried out a qualitative study of descriptive and exploratory cases on the determinants of the non-use of postnatal care at the Zitenga health facility. To do so, we conducted a survey from June 1 to June 30, 2017 in three villages in the health area, Dianema, Nonghin and Tanlili. A total of thirty-four semi-directive interviews were conducted with eleven of the mothers who had not used postnatal care, nine of their husbands, ten of their mothers-in-law and four health workers, and participating observations during the maternity leave of mothers and the activities of mothers in the villages.

The study concluded that various determinants could explain this, some related to women themselves, such as insufficient awareness of CPoN, low educational attainment, low socio-economic status and traditional practices, work overload, among others.

Others relate to providers and how services are organized such as inadequate skills in postnatal care, poor quality of care, prolonged waiting time, inadequate reception and interpersonal communication and the non-permanence of post-natal care services.

In the light of these results, we made suggestions to political and health actors, notably on improving the status of women, improving the quality of care and raising public awareness.

To conclude, the lack of knowledge about the existence and importance of postnatal- care, the quality of service provided and socio-cultural factors are important determinants of the use of this service. The strengthening of health workforce skills and workforce, quality of care, public awareness, especially mothers, mothers-in-law and husbands are needed to improve the use of postnatal care as well as the health of mothers and children.

Keywords: Determinants-non-recourse-postnatal care-mother-newborn.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La période postnatale est une période importante dans la vie de la mère et de l'enfant. Les soins reçus pendant cette période sont importants pour prévenir la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés(OMS, 2015). La première semaine du post-partum est particulièrement critique dans la vie de la mère et du bébé, car la moitié de tous les décès maternels postnataux et des décès néonatals surviennent durant cet intervalle. Les causes les plus fréquentes de mortalité maternelle en Afrique sont l'hémorragie post-partum, les troubles hypertensifs et la septicémie post-partum. Pour les nouveau-nés, les causes les plus fréquentes de décès sont l'infection, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'asphyxie. Presque toutes les causes de mortalité maternelle et néonatale sont évitables avec de bons soins postnataux au cours de la première semaine(Ibid. 2015).

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est aujourd'hui l'une des composantes essentielles des politiques en matière de santé de la reproduction en Afrique Subsaharienne. L'une des solutions pour y parvenir est de veiller à l'amélioration de la qualité et à l'accès des femmes aux services obstétricaux pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Pour cela, plusieurs initiatives sont nées en Afrique de Ouest pour garantir l'efficacité et l'équité d'accès aux services de santé maternels et néonatals.

Au Burkina Faso, cette politique d'accès aux services de santé a existé d'abord 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). De nos jours, de l'exemption catégorielle, le pays a passé à la gratuité des soins préventifs pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Cette politique de gratuité en plus de l'augmentation de l'offre de soins et la réduction du rayon d'action des services de santé ont pour objectif de permettre aux populations les plus démunies d'accéder aux soins avec plus de facilité dans notre pays. Cependant, l'utilisation de ces soins est confrontée à de nombreux obstacles susceptibles de réduire leurs avantages. En effet, la persistance de la pauvreté et les inégalités de genre font que les femmes souffrent de discrimination en matière d'éducation, de santé, de revenu, d'employabilité(Niang, Dupéré, & Bédard, 2015).Ces discriminations peuvent influencer l'accès aux services de santé, notamment les services de santé maternelle et néonatale. En plus, de ces contraintes, d'autres contraintes socioculturelles subsistent et entravent l'utilisation des services de santé, notamment les pratiques traditionnelles autour de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum occupent une place importante dans nos communautés. Il s'avère donc nécessaire

de s'intéresser aux déterminants du non-recours aux services de santé maternelle et néonatale au Burkina Faso, notamment en ce qui concerne les soins postnatals.

A notre connaissance, la littérature reste pauvre sur le «non-recours aux soins postnatals» dans les perspectives des non-utilisatrices au Burkina Faso. Nombreuses études se sont intéressées sur les déterminants du non-recours aux soins postnatals dans une approche quantitative et avec celles qui ont eu recours à ces soins, mais très peu se sont intéressées aux femmes n'ayant pas eu recours aux services de services de santé dans les six premières semaines suivant leurs accouchements. Pourtant, on peut s'imaginer de l'intérêt de l'impact des facteurs individuels, comme familiaux ainsi que ceux liés aux services de santé qui peuvent rendre problématique l'adhésion des mères aux services des soins postnatals. C'est ainsi que certaines mères n'ont pas recours aux services de soins postnatals soit par ignorance de l'existence de ces soins, ou parce qu'elles n'en ont pas fait la demande, soit par non-réception ou encore par la non-demande de l'offre de service.

La prise en compte du non-recours aux services de soins postnatals dans une approche qualitative type étude de cas, nous semble nécessaire afin de mieux cerner les déterminants liés aux structures de santé ainsi que ceux liés aux individus et leur environnement familial.

Ce mémoire s'inscrit dans un cadre académique et vise à comprendre les motifs du non-recours aux soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga. Il s'agit de saisir les motivations chez les mères d'enfants âgés de 42 jours à 12 mois n'ayant pas eu recours aux soins postnatals.

Notre travail est divisé en cinq chapitres. Dans le premier chapitre relatif au cadre théorique, il est question de la problématique, de la conceptualisation, de la pertinence de l'étude, des questions et objectifs de l'étude, de la définition des différents concepts et du cadre conceptuel. Le deuxième se rapporte à la présentation du milieu de l'étude ; le troisième chapitre décrit la méthodologie utilisée, tandis que le quatrième et le dernier sont respectivement consacrés à la présentation des résultats et à la discussion.

Chapitre 1 :

Cadre théorique

CHAPITRE 1: CADRE THEORIQUE

I. PROBLEMATIQUE

La santé maternelle et infantile, ainsi que l'accès aux services de santé de la reproduction demeurent au cœur des Objectifs de Développement Durable (Organisation des Nations Unies, 2015). Selon les Nations Unies, environ 300000 femmes meurent chaque année dans le monde pendant la grossesse, l'accouchement ou durant la période du post-partum (United Nations, 2014). En 2015, environ 99% (302000) de décès maternels enregistrés dans le monde sont survenus dans les pays en développement, dont 66% (201000) en Afrique subsaharienne (OMS, 2015). Les six premières semaines après l'accouchement constitueraient une période à risque pour le couple mère- nouveau-né par manque de suivi (ibid. 2015). Quant au ratio de la mortalité maternelle, il est estimé à 240 pour 100 000 naissances dans les pays en développement contre 16 pour 100 000 naissances dans les pays développés (ibid. 2015). Contre cette mortalité maternelle et néonatale, les soins postnatals apparaitraient comme une solution.

Au Burkina Faso, le taux de fécondité est élevé avec six enfants par femme en 2010 (Institut National de la Statistique et de la Démographique, 2012). Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 341 pour 100 000 naissances en 2010 (Ibid. 2012). La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est l'un des objectifs essentiels des politiques en matière de santé de la reproduction du pays. L'une des solutions pour y parvenir est de veiller à l'amélioration de la qualité et à l'accès des femmes aux services obstétricaux essentiels. Ceux-ci prennent en compte les soins prénataux, l'assistance qualifiée à l'accouchement y compris les soins obstétricaux d'urgence et les soins postnatals(OMS, 2015). Les soins postnatals représentent un paquet de services visant à promouvoir et assurer l'état de santé de la mère et de l'enfant après l'accouchement(Langlois, 2015). Selon l'OMS (2015), la période postnatale débute immédiatement après la délivrance et couvre les six semaines, soit 42 jours, après l'accouchement. Au Burkina Faso, le Ministère de la Santé préconise pour cette raison, le respect des trois examens systématiques postnatals (6e heure; 6e jour et 6e semaine) pour le couple mère et nouveau-né (Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, 2011). Ces soins postnatals intègrent la prise en charge et la prévention des complications maternelles et néonatales en plus des interventions de promotion et d'éducation à la santé. S'ils sont correctement suivis, ils peuvent contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Toutefois, malgré de nombreuses stratégies mises en œuvre pour améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant (l'instauration de la gratuité des soins préventifs et la réduction du rayon d'action des formations sanitaires), des iniquités persistent

quant à l'accès aux soins obstétricaux et néonatals entre milieux urbains /ruraux, entre régions et entre niveaux socioéconomiques. En effet, sur le plan national, la couverture en soins postnatals en 2015 était de 60,0 % au sixième jour contre 42,5 à la sixième semaine (Ministère de la santé, 2015a).

Dans le district sanitaire de Ziniaré, les indicateurs sont aussi à l'image de ceux qu'affiche le pays. En effet, en 2014 le taux de décès maternels était de 49 pour 100 000 naissances vivantes selon le plan d'action 2016. Le taux de couverture en soins postnatals en 2015 était 53,8% au 6e jour contre 29,7% à la 6e semaine (ibid. 2015a). Or, le district dispose de 75 formations sanitaires publiques et six formations sanitaires privées supposées accroître le taux d'accès à ces services. En matière de normes en personnel, seulement 42 structures sanitaires sur 75 en 2015 répondaient à la norme minimale en personnel, soit 56% (Ministère de la santé, 2015b).

Le centre de santé de Zitenga est l'une des grandes formations sanitaires du district de Ziniaré avec 18200 habitants à couvrir (Ministère de la santé, 2015b). C'est aussi le deuxième centre le plus fréquenté du district après le CSPS urbain en matière de la santé maternelle et néonatale. En effet, durant ces trois dernières années la formation sanitaire a connu un fort taux d'accouchements assistés allant de 89,58% en 2014 à 77,66% en 2016 (Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Épidémiologique du district CISSE). Si la couverture en accouchements assistés semble satisfaisante, il n'en est pas de même pour la couverture en soins postnatals. Le taux de couverture en soins postnatals dans la formation sanitaire de Zitenga reste à l'image de celui du district sanitaire de Ziniaré. En 2015 sur les sept cent quatre-vingt-douze accouchements assistés seulement deux cent dix-sept mères sont revues au moins une fois dans les quarante-deux jours après l'accouchement, soit 27,2%. Ce faible taux de couverture en soins postnatals a été relevé par le personnel de la formation sanitaire en 2015 et des actions ont été menées dans ce sens. Notamment des sensibilisations dans les différents villages, la réalisation des monitorages des soins postnatals par village afin d'intégrer les leaders locaux dans la sensibilisation, l'appui de l'Équipe Cadre du District (ECD) dans la formation continue et le renforcement du personnel soignant.

Malgré, ces efforts déployés par l'ECD et le personnel local, les indicateurs demeurent faibles dans la formation sanitaire, en témoigne le taux de couverture en soins postnatals en 2016 qui est passé de 27,2 en 2015 à 35,41% en 2016 selon le Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique(CISSE) du district de Ziniaré. Bien qu'il y ait eu une légère augmentation ce taux reste faible et cela mérite une attention particulière du fait que les soins postnatals font partie des services essentiels de santé maternelle et néonatale en plus

delà Consultation Prénatale (CPN) et de l'Accouchement Assisté (AA). Sachant que l'accès et l'utilisation des services de soins postnatals constituent un déterminant aussi important de l'état de santé maternelle et néonatale, il ne pose aucun doute que cette sous-utilisation constitue un problème de santé publique nécessitant une recherche scientifique afin d'expliquer les facteurs de ce faible recours aux soins postnatals. C'est dans cette perspective que ce mémoire s'intéresse à l'utilisation des services de santé maternelle dans l'aire sanitaire de Zitenga. Il vise à comprendre les motifs du non-recours aux soins postnatals chez les mères n'ayant pas eu recours à ces soins. Comprendre les motifs du recours ou non aux soins postnatals par les mères pourrait aider à la conception de stratégies et de politiques susceptibles d'améliorer l'utilisation des services et de réduire ainsi la mortalité maternelle et néonatale.

Pour ce faire, nous avons mené une étude qualitative de type étude de cas dans l'aire sanitaire de Zitenga. Nous nous sommes intéressés aux mères d'enfant de 42 jours à 12 mois n'ayant pas eu recours aux soins postnatals, aux maris, aux belles-mères et aux personnels de santé.

Nos recherches seront effectuées dans trois villages de l'aire sanitaire de Zitenga en fonction de leur distance par rapport à la formation sanitaire et de leur taux de couverture en soins postnatals.

II. CONCEPTUALISATION DE L'ÉTUDE

2.1 La recension des écrits

Notre recension des écrits s'est faite en se référant aux mémoires, thèses et articles scientifiques portant sur la thématique de l'utilisation des services de santé en général et des soins postnatals en particulier. Pour ce faire, nous avons pris en compte les écrits qui évoquent le sujet de recours ou non aux soins postnatals. Aussi, nous avons classifié les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé en trois grandes catégories: les caractéristiques individuelles, les caractéristiques liées à la maladie et à ses perceptions (la gravité de la maladie, sa cause, la nature du problème de santé), et les caractéristiques des services offerts (la qualité des services, l'accessibilité géographique, la relation soignante soignée, le coût de l'utilisation et l'acceptabilité des soins). À chaque catégorie, nous avons adapté les éléments recensés propres aux soins postnatals dans les études.

2.2 Les caractéristiques individuelles

Nous avons scindé les caractéristiques individuelles des utilisatrices des soins obstétricaux en deux sous-groupes à savoir les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques socioéconomiques qui seront abordées dans cette partie.

a. Les caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes et des ménages agissent sur les comportements de santé notamment dans le processus de recours aux services de soins obstétricaux. Il s'agit notamment des déterminants tels: l'éducation des femmes et de leurs maris, le lieu de résidence, l'âge de la femme au moment de l'accouchement, la parité[1] de celle-ci, et les rapports de genre. Dans les lignes qui suivent, nous ferons l'état des connaissances sur chaque déterminant.

Dans de nombreuses études, la parité et l'âge sont associés au recours des soins postnatals. En effet en Éthiopie, une étude transversale mixte menée dans le district de Gondar Zuria a montré que les primipares et les femmes à faible parité ont tendance à utiliser les services de soins postnatals (Tesfahun, Worku, Mazengiya, & Kifle, 2014). Dans le district de Ntchisi au Malawi par exemple, les femmes pensent que les soins postnatals sont particulièrement cruciaux pour les primipares parce que les agents de santé leur apprennent comment tenir et allaiter l'enfant (Zamawe, Masache, & Dube, 2015). Par contre, les femmes âgées et ayant de nombreux enfants auraient tendance à ne pas recourir aux services de santé après leur accouchement parce qu'elles se perçoivent plus expérimentées et plus confiantes que celles qui sont à leur premier accouchement. Une étude quantitative, réalisée au Rwanda montre que les femmes plus âgées étaient moins susceptibles à l'utilisation des services de soins postnatals (Rwabufigiri, Mukamurigo, Thomson, Hedt-Gautier, & Semasaka, 2016). Ce non-recours a été justifié par l'absence de qualité des soins selon leurs expériences antérieures, ou par le fait que les femmes âgées pensent que la grossesse n'est pas une maladie et que seules les femmes faibles ont besoin des soins postnatals (Rwabufigiri et al., 2016). Nous reviendrons sur cette vision de la grossesse dans la partie sur les pratiques autour de l'accouchement et du post-partum. Enfin, l'âge de la femme à l'accouchement est déterminant pour l'accès aux soins postnatals. Selon Somefun & Ibisomi, (2016) la probabilité, d'utiliser les soins postnatals par les mères âgées de plus 25 ans à la naissance du dernier enfant était faible par rapport aux mères âgées de 15- 24 ans à l'accouchement de leurs derniers enfants. Certaines études qualitatives et quantitatives associent les perceptions et le recours aux soins

[1] Parité: c'est le nombre de nouveau-nés vivants mis au monde par une femme, elle exclut les mortinaissances (cf. Langlois, 2014)

postnatals au niveau d'instruction ou d'éducation des mères et des maris (Kanga, 2001; Nkurunziza, 2014; Rwabufigiri et al., 2016; Somefun & Ibisomi, 2016b; Tarekegn, Lieberman, & Giedraitis, 2014; Zamawe, Masache, & Dube, 2015b). Ces études respectivement réalisées au Sénégal, au Burundi au Rwanda, au Nigéria, en Éthiopie et au Malawi, concluent que les femmes instruites seraient à mesure de comprendre l'importance des soins postnatals et seraient susceptibles de savoir où les obtenir. L'étude au Nigéria par exemple démontre que les femmes instruites seraient plus conscientes des problèmes de santé, auraient plus de connaissances sur la disponibilité des services de soins de santé, et utiliseraient ces informations de manière plus efficace pour maintenir ou atteindre un bon état de santé (Somefun & Ibisomi, 2016). Celle au Sénégal souligne que l'éducation corrobore avec l'accès aux médias et à diverses informations sur la santé et autres. Ce qui est un facteur positif à l'utilisation des services de santé (Kanga, 2001). Une autre étude sur la problématique d'accès aux soins à Ferlo au Sénégal révèle que plus le niveau d'instruction augmente, plus les femmes semblent accoucher dans les formations sanitaires(Ndiaye, 2008). Toutefois, Tarekegn et al., (2014), dans leur étude sur les déterminants de l'utilisation des services de santé maternels en Éthiopie, disent n'avoir pas trouvé une association entre écouter la radio ou suivre les émissions à la télévision avec l'utilisation des soins postnatals. Kanga (2001) abonde dans le même sens en montrant que les femmes qui possèdent un poste radio ou un poste téléviseur sollicitent moins les soins postnatals, tandis que celles ayant acquis une habileté aussi infime soient-elles dans la lecture auraient environ trois fois plus de chance de profiter des soins postnatals que les femmes non instruites.

Le niveau d'éducation des maris est cité aussi comme un facteur favorisant l'adhésion aux soins postnatals (Langlois, 2015). En effet, un mari instruit serait en mesure de comprendre le danger que court sa femme après l'accouchement, donc pourrait accompagner cette dernière dans la demande de soins. Par ailleurs, il faut souligner que l'éducation interfère souvent avec le niveau de revenu, car les femmes et les hommes moins scolarisés seraient souvent les plus démunis, selon Fournier et Haddad (cités par Niang, Dupéré, & Bédard, 2015). De plus, les femmes les plus scolarisées vivent le plus souvent dans les milieux urbains. Ainsi, aborder la problématique d'accès aux services de santé par les femmes non scolarisées demande à explorer également leurs milieux de résidence.

Le lieu d'habitation est un facteur déterminant pour l'accès aux soins postnatals. De nombreux chercheurs ont montré le lien entre le lieu de résidence et l'utilisation des soins postnatals (Langlois, 2015; Nkurunziza, 2014; Somefun & Ibisomi, 2016; Tarekegn et al., 2014; Valéry Ridde & J-E Girard, 2004). Pour Tarekegn et al., (2014), en Éthiopie, il existe

une forte inégalité dans l'utilisation des services entre les zones urbaines et rurales. Rai, Singh& Singh (2012) expliquent cela par le fait que les femmes urbaines jouissent de nombreux avantages que les femmes vivant en milieu rural. Ces femmes urbaines du Nigéria ont des niveaux de connaissances plus élevés en santé, car elles sont exposées aux programmes de promotion de la santé que diffusent les différents médias en milieu urbain. Quant à Ridde et Girard (2004), ils expliquent cette situation par le fait que 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. Cependant Somefun et Ibisomi, (2016) dans leur étude conduite au Nigéria ont souligné qu'en analyse bi-variée, le lieu de résidence était un facteur de non-recours aux soins postnatals, mais en analyse multivariée, il perdait cet aspect. Autrement dit, le lieu de résidence en lui seul influence négativement l'utilisation des soins postnatals, mais lorsqu'il est associé à d'autres facteurs, cette influence s'annule.

b. Les caractéristiques socioéconomiques

La relation entre le revenu et l'utilisation des soins a été largement étudiée dans les pays en développement (Niang et al., 2015). En effet Nassiri, (2013) à SKIRAT-TEMARA au Maroc, Somefun, (2016) au Nigéria et Zamawe, (2015) au Malawi, ont démontré dans leurs études que le revenu de la femme ou du chef de ménage est très déterminant dans l'accès aux soins de santé notamment aux soins maternels. La prise de décision d'utiliser les services de soins postnatals est très souvent tributaire des revenus de la femme ou de son mari. Si toutefois la femme n'a pas cette autonomie financière, elle doit se plier à la décision du mari. Ce qui pourrait, soit retarder l'accès, soit voir l'accès lui être refusé. Selon Langlois (2015), l'accessibilité financière doit être analysée sous deux angles : les coûts directs couvrant le pris des actes médicaux et consommables et les coûts indirects constitués des frais de transport, de la ration alimentaire, mais aussi des coûts d'opportunités liés au manque à gagner en termes de production économique. Au Sénégal, Kanga, (2001) dans son étude sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de soins de santé maternelle, a souligné que le revenu de la femme était fortement lié à l'utilisation des soins postnatals. Quant au revenu du chef de ménage, son impact était faible sur l'utilisation des soins maternels. Toutefois, Fromageot, Parent, et Coppieters, (2005) ont montré que l'accroissement des ressources financières des femmes dans les populations rurales n'était pas suivi d'une utilisation accrue des services de santé par ces dernières. Cette étude du maraîchage des femmes sénoufo à la frontière entre la Côte-d'Ivoire et le Burkina Faso a montré que l'autonomie financière que procure cette activité aux femmes ne crée pas forcément une autonomie d'accès, c'est-à-dire

qu'elle ne réduit pas les distances spatiales et sociales avec les structures de santé (Fromageot et al., 2005).En somme, suivant les contextes, les recherches montrent que les revenus des femmes peuvent avoir ou non un impact sur l'utilisation des services de soins postnatals. Bien que les soins préventifs soient gratuits dans les structures sanitaires au Burkina Faso, il est nécessaire de s'interroger sur la perception qu'en ont les ménages et de leur potentialité à constituer un frein au recours.

c. Les représentations/ perceptions sociales de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Les perceptions et pratiques concernant la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont d'une grande importance pour mieux comprendre le recours ou non aux soins obstétricaux dans les pays en développement.

- **Les perceptions et pratiques autour de la grossesse**

Dans la plupart des sociétés africaines, la grossesse est une réalité à la fois sociale et biologique(Bonnet, 1988). De ce fait, la grossesse est perçue comme une conjugaison harmonieuse du naturel et du surnaturel (Beninguisse, Nikièma, Fournier, & Haddad, 2004). Chez les Moosé du Burkina Faso, la grossesse est perçue comme «le résultat de la pénétration d'un esprit appelé kinkirga (pl. kinkirsé) dans le ventre de la femme au moment où celle-ci a un rapport sexuel avec son mari» (Bonnet, 1988, p. 21). L'auteur précise que le kinkirga est qualifié d'être préexistant dans un monde invisible, et peut devenir dans certaines conditions un enfant et plus tard un adulte. Cette conception de la procréation explique pourquoi la survenue de la grossesse dans une famille est synonyme de joie et tristesse (Diallo, 2013). Au Mali, dans la commune I de Bamako cette joie s'explique par l'affirmation de la fécondité du couple et la tristesse par les perturbations de la santé et parfois les complications qu'elle engendre (Ibid. 2013). En Mauritanie, Faye, (2013) trouve que la grossesse est plutôt perçue comme un moment de risque et de joie. Mais selon l'auteur, la nature de ce risque varie selon les ethnies et la parité. En effet, chez les Maures blancs et les Haratines, ce risque est médical, contrairement aux Soninkés et Pulaar chez qui il est d'ordre social. Dans ce contexte social, le début de la grossesse reste entouré d'une certaine prudence et d'un secret pour se préserver des mauvaises langues (Ibid. 2013). Certains chercheurs affirment que pour préserver le fœtus contre les attaques surnaturelles, la grossesse doit être gardée secrète pendant les trois premiers mois (Badini, 1994; Beninguisse et al., 2004; Bonnet, 1988). La parité joue aussi un rôle dans la perception du risque lié à la grossesse. Si la grossesse est perçue globalement comme une période de risque et d'inquiétude, cette inquiétude est plus pressante chez les primipares en raison de leur manque d'expérience (Faye, 2013).

En synthèse, la plupart des auteurs montrent que la grossesse est perçue comme un fait naturel, ou une combinaison du naturel et du surnaturel. Elle est également perçue comme un moment de risque social. Cette perception de la grossesse pourrait entraver le recours aux services biomédicaux, car elle amène certaines femmes à vouloir garder secrètement leurs grossesses aux premiers instants. Après les neuf mois de grossesse chargés de rites, intervient la période de l'accouchement.

- **Les perceptions et pratiques autour de l'accouchement et postpartum**

L'accouchement tout comme la grossesse est entouré de secret. Il est surtout l'affaire des femmes et les hommes n'interviennent qu'en cas de complication (Beninguisse et al., 2004; Diallo, 2013). Le lieu de l'accouchement est choisi avec un souci permanent de discrétion, de sécurité (crainte des esprits malveillants), d'intimité et de convivialité (Beninguisse et al., 2004). Il varie selon les ethnies, mais le plus souvent la famille d'origine de la parturiente est le lieu le plus indiqué. En Mauritanie, il est usuel, aussi bien chez les Haratine, les Peuls, les Pulaars que chez les soninkés d'envoyer la femme chez ses parents, en «exil» ou en attente (Diallo, 2013). C'est dire que la femme doit retourner chez les siens pour attendre son accouchement, entourée de tous ses parents. Cette ritualisation illustre l'importance de la présence du groupe socio familial au moment de l'accouchement (Beninguisse et al., 2004).

En plus du lieu d'accouchement, la perception et les attitudes de gestion de la période de parturition ne sont pas les mêmes, d'une ethnie à une autre. Chez les Haratine, la douleur du travail de l'accouchement doit être exprimée par les parturientes par des cries en implorant Dieu (Diallo, 2013). Par contre, aussi bien chez les Moosé du Burkina, les Pulaar de la Mauritanie, les Zarma et Hausa du Niger, la douleur ne doit pas être exprimée(Diallo, 2013; Faye, 2013; Olivier de Sardan, Moumouni, & Souley, 1999).Cette volonté d'éviter la publicisation de l'accouchement peut conduire certaines femmes et leurs proches à opter pour l'accouchement à domicile (Zongo Sylvie., 2005). L'accouchement est perçu comme un acte de bravoure par certaines femmes, s'il se passe à l'insu et dans la clandestinité. Cette discrétion est partagée par les vieilles personnes qui voient d'un mauvais œil l'accouchement biomédical qu'elles qualifient d'accouchement à publicité (Olivier de Sardan et al., 1999). La douleur du travail et de l'accouchement est gérée différemment dans chaque ethnie afin d'aider la parturiente. En exemple, en Mauritanie on fait boire à la femme un verre de thé très fort sans sucre (Diallo, 2013).

Après la délivrance, une attention particulière est accordée à la section du cordon ombilical et à la sortie du délivre. En effet, ces deux éléments sont dans presque toutes les traditions africaines hautement valorisés et remis, spontanément au couple pour être l'objet

d'actions rituelles (Beninguisse et al., 2004). Ensuite, la toilette de l'accouchée se fait partout avec de l'eau très chaude, presque bouillante. Au Niger, l'eau chaude est utilisée à cause de ses vertus antiseptiques, adoucissantes et cicatrisantes (Olivier de Sardan et al., 1999). Selon cet auteur, diverses prescriptions ou interdits accompagnent les sept premiers jours de l'accouchée, et parfois perdurent jusqu'au quarantième jour marquant la fin de la période de l'accouchement. C'est la période de repos obligatoire pour l'accouchée: un repos obligatoire qui pourrait constituer un frein au recours des soins postnatals. Au Mali, pendant le post-partum l'accouchée doit boire l'eau chaude jusqu'au quarantième jour. Cela réduit l'hémorragie après l'accouchement (Diallo, 2013). Quant à la surveillance postnatale du nouveau-né, elle varie selon le contexte et le lieu.

Chez les Mossis, après la naissance l'enfant bénéficie d'une toilette et d'un massage au niveau de la tête, du nez et de l'ombilic, aussi il ne doit pas sortir de la concession avant environ un mois de vie. Lorsqu'il est malade et que les lavements ne sont pas efficaces, la mère s'adresse soit à un devin ou un guérisseur (Bonnet, 1988). Au Mali, Diallo (2013) a montré que les responsabilités envers le nouveau-né se focalisent beaucoup plus sur le besoin d'une protection sociale que sur la prise en charge médicale.

Dans la région de Gorgol en Mauritanie, la santé des nouveau-nés pendant la période postnatale est confiée aux «pédiatres communautaires» (Faye, 2013). Ce sont des «mères des enfants» qui jouent un rôle important dans la gestion des soins postnatals.

En somme, nous retiendrons qu'il existe des normes sociales qui guident la vie en communauté. Ces normes peuvent influencer directement l'utilisation des services de santé quand elles portent sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum et indirectement quand elles limitent l'autonomie de la femme. En effet, l'accouchement et le post-partum sont socialement perçus comme des événements privés qui relèvent exclusivement du domaine féminin. Ils doivent se passer dans la clandestinité absolue, loin des regards indiscrets et souvent en présence des proches parents de la parturiente. Certaines communautés vont jusqu'à louer celle qui accouche seule. Quant à la période post-partum, elle est perçue comme une période de repos et de soins pour l'accouchée susceptibles de l'éloigner des structures sanitaires. C'est également la période d'apprentissage de quelques rites et du respect des interdictions. Alors que ces pratiques semblent être opposées à certaines caractéristiques des structures de santé telles que la présence des hommes en maternité, le caractère collectif en hospitalisation et l'interdiction de la plupart des accompagnantes pourraient influencer l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale. En plus, ces normes et pratiques sociales autour de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum varient selon les

contextes. Pour mieux les appréhender, des études contextuelles s'imposent afin de voir comment elles peuvent influencer le recours aux soins postnatals.

2.3 Les caractéristiques des services de santé

Dans les caractéristiques des services de santé, nous allons aborder deux points à savoir l'accessibilité géographique, la qualité des services et leur perception par les usagères.

a. L'accessibilité géographique

Malgré de nombreux efforts consentis par les pays en développement en général et le Burkina Faso en particulier dans la réduction du rayon d'action des formations sanitaires, les distances entre les populations et les services de santé demeurent un problème majeur (Lompo, 2013). En effet de nombreux villages sont situés à plus de dix kilomètres des formations sanitaires surtout en milieu rural. L'absence de moyens de transport en commun ou individuel, ainsi que la mauvaise qualité des routes limite l'accès à ces formations sanitaires. Dans son étude mixte réalisée au Zimbabwe, Pomerai, (2011) a montré que l'une des raisons qui conduisent au non-recours aux soins postnatals était la distance. En effet, les mères ont souligné leur manque de force après les accouchements pour parcourir de longue distance à la recherche de soins postnatals. Par contre, au Nigéria selon Somefun et al., (2016), le non-recours aux soins postnatals chez les mères qui ont déclaré que la distance constituait un problème pourrait être lié à leur statut socioéconomique. Car la majorité des femmes vivant en milieu rural ne peut être en mesure de payer le coût du transport pour se rendre dans la formation sanitaire. Selon Fromageot et al., (2005) ces distances peuvent être réduites par des actions concrètes non liées directement à la santé telle l'amélioration de l'accès et de l'usage des transports collectifs comme individuels pour les femmes. Car de nos jours, ceux qui détiennent et utilisent les moyens de transport personnels sont et restent les hommes.

La distance entre le ménage et la formation sanitaire la plus proche est d'une importance capitale dans l'utilisation des services de santé, mais ne saurait à elle seule expliquer la problématique du recours aux soins (Langlois, 2015). Ce problème doit être étudié à la lumière de l'accessibilité financière aux services de santé, comme discuté précédemment, mais aussi de la qualité des services dans les structures sanitaires.

b. La qualité des services de soins

La qualité des services de santé peut constituer un obstacle au non-recours aux soins. Cet aspect pourrait être analysé sous deux angles à savoir: les problèmes liés au système de santé d'une part et d'autre part ceux liés aux personnels (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

Concernant les perspectives des prestataires, les obstacles à l'utilisation des services de soins postnatals liés aux personnels de santé sont souvent d'ordre relationnel et de disponibilité de personnel qualifié.

Au Maroc, à la préfecture de Skhirat-Témara, Nassiri, (2013) a montré que le recours direct au secteur privé ou aux formations sanitaires spécialisées en court-circuitant les formations de première ligne exprimait une recherche de dispensateurs compétents. Elle précise dans la même étude que certaines mères et leurs enfants n'ont pas bénéficié d'examens cliniques lors de la consultation postnatale et pour celles qui en ont bénéficié, ils étaient incomplets et sommaires. Dans sa thèse sur les déterminants et inégalités d'utilisation des services obstétricaux essentiels dans les pays à revenu faible et intermédiaire, Langlois, (2015) montre que la qualité des services de santé est tributaire des équipements médicotechniques, de la disponibilité des consommables.et surtout de la présence de personnel qualifié. Celui-ci est défini comme un personnel capable de gérer les urgences obstétricales lors des consultations postnatales et pour cela il faudrait que les mères soient examinées. Selon Tesfahun, Worku, Mazengiya, et Kifle, (2014),en Éthiopie, le non-respect, des normes en personnel dans les formations sanitaires périphériques font que la plupart des soins préventifs sont confiés à des agents moins qualifiés, occasionnant très souvent des rendez-vous manqués.

De plus, le comportement du personnel de santé est un déterminant dans l'utilisation des services de santé postnatals (Nassiri, 2013). En effet, certains comportements du personnel de santé sont décriés par la communauté. Le problème relationnel, l'absence d'écoute et d'information du malade, la personnalisation des patients, les ventes des médicaments et les manquements aux normes de soins ne permettent pas aux femmes d'accéder aux services de soins postnatals et aux messages de sensibilisation qui les concernent (Jaffré et al., 2003).

Les manquements aux normes de santé font appel à tout ce qui concerne la conscience professionnelle des agents (Ibid. 2003). Dans *médecine inhospitalière*, une étude menée dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest, Jaffré et Olivier de Sardan,(2003), ont montré que les professionnels de santé manquent de conscience professionnelle. En ce sens qu'on note une négligence fréquente des agents de santé dans les soins, une absence de maintenance du matériel, un faible niveau d'hygiène des instruments et des lieux, des procédures de soins et de diagnostics non respectées et un absentéisme réel. Ensuite, ces auteurs ont souligné les ventes de médicaments. À ce niveau et surtout en maternité les parturientes subissent des rackets allant de la vente du *syntocinon* à la surfacturation privée des tarifications des actes

(Ibid. 2003). Ces rackets dans un environnement économique pauvre pourraient influencer l'utilisation des services de santé.

En plus, Yaffré et al., (2003) ont souligné la personnalisation des liens avec les patients. Aussi appelée «régime de faveurs», il s'agit du fait, que certains patients (parents et amis) soient mieux traités que d'autres dans une même structure de santé. Selon les auteurs, il existe trois formes: soit le patient se rend là où il connait un agent de santé, soit il joue de son statut (richesse, habillement, beau parleur) pour passer de l'inconnue à une relation personnalisée ou chercher à lier amitié avec un agent du service.

Enfin, quant au problème relationnel et l'absence d'écoute et d'information, ceux-ci sont liés aux attentes injustifiées, aux violences verbales parfois physiques, aux non-prises en compte des plaintes des patients et l'absence d'information sur la maladie, le traitement et les effets secondaires. En effet, en Éthiopie Zamawe et al. (2015) ont souligné que les mères reçoivent moins d'attention de la part des agents de santé. Bien qu'il existe, des problèmes entre soignants/soignés, le système de santé ne favorise pas la culture de qualité.

Selon Jaffré et al., (2003) l'organisation des services de santé en place, influence la qualité des soins. Cette organisation est marquée par une division trop séquentielle des tâches, l'absence de travail en équipe, l'inefficacité des comités de gestion de santé et la culture de l'impunité. Cette impunité est à l'origine de l'absence de travail en équipe et le «chacun-pour-soi» (Jaffré et al., 2003, p. 73).

La perception de la qualité des services de soins par les mères est représentée essentiellement par l'accessibilité géographique et la qualité des prestations offertes à travers le délai d'attente et la disponibilité du plateau technique et des médicaments (Nassiri, 2013). Pour d'autres chercheurs, la perception de la qualité des services de santé par les usagères va au-delà de la disponibilité du plateau technique et des médicaments. La qualité des services de santé est évaluée par les patients par leurs attentes et leurs préférences (Beninguisse et al., 2004). Les services de santé doivent être accessibles géographiquement et financièrement, mais aussi socialement acceptables. Selon Beninguisse et al., (2004), l'amélioration de la qualité des services de santé passe obligatoirement par une adéquation de l'offre aux attentes et préférences. Cette adéquation doit faire appel à une complémentarité dans l'action entre les systèmes traditionnel et biomédical, par la recherche d'un espace thérapeutique commun.

Pour ce faire, il est nécessaire d'explorer toutes les croyances et pratiques qui entourent la grossesse, l'accouchement, et le post-partum.

2.4 Les facteurs familiaux

L'environnement familial des femmes influence le recours ou non aux services de soins postnatals. Il s'agit en occurrence des rapports de genre dans la prise de décision en matière de santé maternelle et néonatale au sein de la famille. Chaque culture a une manière différente de concevoir l'homme et son univers (Ndiaye, 2008). Dans le contexte africain, les attitudes et les comportements individuels sont le produit de l'environnement socioculturel (White, Dynes, Rubardt, Sissoko, & Stephenson, 2014). En effet dans nos contextes socioculturels, les femmes occupent un faible rang et sont soumises aux préférences et convictions de leur mari et d'autres membres aînés de la famille. Au Sénégal, comme partout en Afrique, c'est au sein de la famille que l'on définit les premiers recours aux soins et l'orientation du malade vers les traitements biomédicaux ou traditionnels (Ndiaye, 2008). Selon, l'auteur à Ferlo celui qui détient le pouvoir de décision dans la famille est «Boromkeur», le chef de famille. La norme sociale dans l'ensemble des sociétés Ouest- Africaines veut qu'il soit du devoir d'un mari de subvenir aux besoins de sa famille ; ce qui témoigne de son autorité (Attané, 2010). Cette façon de concevoir dans une ville du Burkina Faso est liée à la structure sociale qui est régie par une différenciation inégalitaire des statuts de sexe (Ibid. 2010). Selon l'auteur, l'accès aux femmes des ressources est un déterminant pour leur autonomie décisionnelle. Mais cet accès doit dépendre du contexte relationnel du couple et de la famille élargie de chacun. En effet, si le contexte relationnel du couple est favorable les deux s'engagent dans une entraide pour l'éducation et la santé des enfants; au cas contraire l'homme sera seul à la charge. En plus dans le contexte lignager d'Afrique de l'Ouest, les cadets des familles filles et garçons doivent allégeance à leurs aînés (Ibid. 2010) . De même, la belle-fille doit respecter et obéir les beaux-parents. Au Mali, White ont montré que de recourir aux soins biomédicaux relève du moins en partie du domaine des belles-mères. Selon ces auteurs, leurs décisions peuvent être influencées par leurs attitudes à l'égard de la structure de santé et des pratiques traditionnelles. Mais aussi de leurs perceptions du pouvoir décisionnel entre leur fils et leur belle-fille. Ce qui signifie que très souvent les opinions des femmes sont sans objets. Ce faible pouvoir de décision des mères a été également souligné par Kouanda et al., (2007) dans une étude transversale sur la sous-utilisation des soins postnatals à Séguénéga au Burkina Faso.

III. Pertinence de l'étude

À l'issue de notre revue de la littérature, nous retenons que le non-recours aux soins postnatals demeure un problème de santé publique. Il est l'un des déterminants des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles en Afrique en général et au Burkina Faso en

particulier. Les recherches qui ont été menées sur cette problématique ont identifié des déterminants liés aux coutumes et aux rites ainsi que ceux liés à la demande et à l'offre des soins. Notamment l'accessibilité géographique et financière, le statut socioéconomique de la femme et du ménage, le niveau d'éducation du couple, le pouvoir décisionnel de la femme ainsi que la qualité des services de santé.

Cependant, nous avons relevé des limites méthodologiques et quelques divergences autour de ces déterminants. En effet, la qualité des services de santé a été révélée par plusieurs auteurs dans l'explication du non- recours aux soins montrant de ce fait que non seulement la disponibilité du service est importante, mais aussi et surtout la qualité du service fourni. Bien que ces auteurs aient pris en compte les deux approches de la qualité à savoir celle dite normative et celle centrée sur la perception des clientes, il faut reconnaitre que cette dernière approche a été évaluée dans la plupart des cas chez les utilisatrices des services de santé. Seul Pomerai (2011) s'est intéressé aux femmes n'ayant pas eu recours aux soins postnatals. Certains chercheurs ont souligné que l'amélioration de la qualité des services de santé passerait par une adéquation de l'offre aux attentes et préférences des utilisatrices. C'est-à-dire par la recherche d'un espace thérapeutique commun entre les systèmes traditionnel et biomédical. Étant donné que chaque espace dispose d'un système traditionnel bien précis, des études contextuelles s'avèrent alors nécessaires. Aussi, le pouvoir décisionnel de la femme a été évoqué par de nombreux auteurs, mais le rapport de celle-ci avec les autres membres de la famille (Belle-mère, Mari…) n'a pas été suffisamment exploré. En plus, il existe une divergence de point de vue par rapport à la relation entre l'utilisation des services de santé et le revenu de la femme. Certains auteurs montrent que le statut économique de la femme est favorable à l'utilisation des soins postnatals, tandis que pour d'autres ce pouvoir économique des femmes influence peu l'accessibilité aux services de santé. À tel point, qu'il parait nécessaire de savoir si le pouvoir économique de la femme est synonyme d'autonomie de gestion. Enfin, l'accessibilité des services a été aussi traitée par certains auteurs, en occurrence, celle géographique. Pour les uns la distance qui sépare les formations sanitaires des patientes influence négativement le recours aux soins postnatals, pour d'autres ce résultat doit être relativisé en tenant compte des conditions générales d'accès aux structures sanitaires. C'est-à-dire en englobant les conditions d'accès (présence de moyens de transport dans le milieu, l'état des routes …) et les conditions socioéconomiques de la femme. Ces conditions d'accès variant selon les contextes, les études qualitatives pourraient aider à les saisir.

Sur le plan méthodologique, nombreux auteurs ont mené des études quantitatives utilisant des données secondaires des Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Or certains

chercheurs ont souligné les limites de telles données tirées des systèmes d'information sanitaire de routine dans les pays à ressources limitées(Langlois, 2015). Certains auteurs ont traité de manière qualitative ou mixte, le recours ou non aux services de soins postnatals dans la vision des utilisatrices. Dans ces cas, les focus groupes ont été privilégiés au détriment des interviews individuelles (Nassiri, 2013; Zamawe et al., 2015; Tesfahun et al., 2014).

C'est dans ce contexte que nous voulons mener une étude qualitative, pour contribuer à une meilleure compréhension de la question du non-recours aux soins postnatals. Il s'agira pour nous de faire une analyse des expériences des mères n'ayant pas eu recours aux soins postnatals, de leurs maris, de leurs belles-mères et des agents de santé dans l'offre et la demande des soins de santé maternelle et néonatale. L'étude s'attachera à documenter en profondeur les motifs des réticences des mères aux soins postnatals dans la localité, mais aussi à déceler des lacunes dans la promotion de la santé reproductive en général et celle des soins postnatals en particulier. Enfin, notre étude répond à un besoin local et national. Au niveau national, la proportion des femmes qui ont recours aux soins postnatals à la sixième semaine évolue en dents de scie de 2011 à 2015 soit respectivement de 49,0% ; 55,0% ; 34,9% ; 38,6% ; 42,5% (Ministère de la santé, 2015a). Au niveau local, la faible utilisation des services postnatals est relevée par les membres de l'Équipe Cadre du District (ECD) de Ziniaré (Ministère de la santé, 2015b). De sorte qu'une telle étude pourrait contribuer à produire des données au niveau local et à améliorer ainsi le recours aux soins postnatals et à réduire la morbidité et mortalité maternelle.

IV. Questions, objectifs, et cadre conceptuel de la recherche

Dans cette partie nous présenterons les objectifs et la question de notre recherche, puis nous expliquerons le cadre conceptuel que nous comptons mobiliser pour atteindre ces objectifs.

4.1 Questions de recherche

a. Question principale

Quels sont les déterminants du non-recours aux services publics de soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga dans le district de Ziniaré ?

b. Questions spécifiques :

- Quels sont les facteurs individuels qui entravent le recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga ?

- Quels sont les facteurs familiaux qui entravent le recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga ?
- Quels sont les déterminants liés aux services de santé qui entrainent le non-recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga ?

4.2 Les objectifs

Dans l'objectif général, il s'agit de comprendre les déterminants du non-recours aux services publics de soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga dans le district de Ziniaré.

Le présent projet vise spécifiquement à:

1. Rechercher les facteurs individuels qui entravent le recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga.
2. Explorer les facteurs familiaux qui entravent le recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga ;
3. Apprécier les déterminants liés aux services de santé qui favorisent le non-recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga ;

V. Définition des concepts

Afin de permettre une bonne compréhension de notre problématique, il nous parait judicieux de nous accorder sur les termes suivants qui seront mobilisés dans cette recherche: les déterminants, le non-recours, les soins postnatals et le non-recours aux soins postnatals.

5.1 Les soins postnatals: définition et importance?

Les services postnatals regroupent les procédures et interventions médicales nécessaires dans la prise en charge et la prévention des complications après l'accouchement chez la mère et chez l'enfant en plus des interventions de promotion et d'éducation sanitaire pendant les six premières semaines après l'accouchement (Langlois, 2015).

Selon les recommandations de l'OMS (2013) sur les soins postnatals, à la suite d'un accouchement vaginal eutocique dans une formation sanitaire, les mères et les enfants doivent rester au moins 24 heures après la naissance à la maternité pour recevoir des soins postnatals. Pendant ces 24 h, l'OMS recommande, pour le nouveau-né, une évaluation immédiate du score d'Apgar [2](il s'agit d'une évaluation rapide des fonctions vitales du nouveau-né à une,

[2] Score d'Apgar: évaluation de la respiration, du rythme cardiaque, du tonus musculaire, la coloration de la peau et la réactivité au toucher du nouveau-né dès sa naissance. Ces éléments sont codés de 0 à2 (confère annexe)

cinq et dix minutes) à la naissance, un examen clinique complet environ une heure après la naissance et enfin un examen avant la sortie. Selon la même source, en cas d'accouchement à domicile le premier contact postnatal doit se faire: «la première visite postnatale devrait, avoir lieu le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent la naissance» (OMS, 2015, p. 2).

De même dans les 24 heures, la mère doit bénéficier systématiquement d'une mesure de la tension artérielle, un contrôle du saignement vaginal, des contractions utérines, la hauteur utérine, la température, le rythme cardiaque et la diurèse (OMS, 2015).

L'OMS recommande ensuite que toutes les mères et leurs nouveau-nés reçoivent trois contacts de suivi postnatal au moins à 2-3 jours, à 6 ou 7 jours, et à 6 semaines après la naissance.

Pour chacun de ces trois contacts, la mère doit recevoir des soins qui incluent la surveillance de la tension artérielle, de la température, de l'involution[3] utérine, des déchirures périnéales, un palper des seins et abdominal en plus d'un examen vaginal. Il est également recommandé le dépistage de la malnutrition, la supplémentation en fer et en acide folique et vitamine A, ainsi que le traitement du paludisme. Enfin, l'éducation nutritionnelle occupe une place prépondérante dans les soins postnatals. Elle consiste à assurer un apport suffisant de calcium, entre autres micro et macronutriments, et à promouvoir l'allaitement exclusif chez la mère pendant les six (6) premiers mois afin de favoriser un bon développement du nourrisson et de le protéger contre les maladies infectieuses. Les soins postnatals permettent en plus d'informer les mères des dangers relatifs à un espace inter génésique trop court, des avantages de l'espacement des naissances et planifications familiales disponibles incluant la contraception.

Pour le nouveau-né, l'OMS recommande à chaque contact le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections, en plus des soins du cordon ombilical et des soins particuliers pour les nouveau-nés porteurs de VIH. Dans l'objectif d'éviter les pertes de chaleur dues à une thermorégulation non optimale des nourrissons, l'OMS recommande de différer le premier bain du nouveau-né après 24 heures, tout en favorisant le contact peau à peau avec la mère. Les soins postnatals permettent aussi de catalyser les services d'immunisation, de même que l'utilisation des carnets de santé des enfants, favorisant le respect des calendriers de vaccination. Les directives cliniques prévoient aussi la recherche et la prise en charge rapide des nouveau-nés prématurés et des nourrissons de petite taille pour l'âge gestationnel, incluant

[3] Involution utérine : c'est la régression de la hauteur utérine après l'accouchement, pour revenir à peu près à sa forme initiale.

les nouveau-nés de faible ou très faible poids (<2500g et <1500g) de même que les retards de croissance postnataux.

Les services postnataux promeuvent enfin l'utilisation précoce des services de santé après l'identification de signes et symptômes chez le nouveau-né, tels que les convulsions, les vomissements récurrents, l'incapacité à s'alimenter ou encore des facteurs prédisposant à l'anémie infantile.

La période postnatale apparait ainsi comme une période critique pour la santé et la survie de la mère et de son nouveau-né. Pour les deux, les heures et les jours qui suivent la naissance représentent le moment le plus vulnérable de sorte qu'un manque de soins à ce moment-là peut être cause de décès ou d'incapacité (Warren, Daly, Toure, & Mongi, 2006). Selon les estimations, 10 à 27% des décès des nouveau-nés pourront être évités avec une couverture à 90% de consultation postnatale. Ce qui signifie qu'une couverture élevée en soins postnatals pourrait sauver beaucoup de nouveau-nés et pourrait avoir aussi un impact sur la survie et le bien-être de la mère en Afrique (Warren et al., 2006). C'est pourquoi il est important de mettre un accent particulier sur l'utilisation des soins postnatals dont l'objectif principal est de veiller à ce que la mère et l'enfant soient en bonne santé et à ce qu'ils s'adaptent à leur nouvelle vie.

5.2 Le non-recours

À l'origine, l'étude du non-recours portait expressément sur les prestations sociales financières, c'est pourquoi la définition initiale du non-recours renvoyait à toute personne éligible à une prestation sociale (financière), qui en tout état de cause ne la perçoit (Warin, 2010a)

De nos jours, le phénomène du non-recours est élargi à d'autres domaines pour deux principales raisons:

- Cette définition ne permettait de parler de non-recours que si l'on pouvait définir précisément une population éligible;
- Mais aussi les acteurs sociaux d'autres domaines s'inquiétaient de situations de non-recours (Warin, 2010a).

Pour cela, la définition orthodoxe du non-recours a subi des modifications. Selon Warin (2010 a), «*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*» (p 6).

Cet élargissement permet de rechercher des réponses dans le domaine de la santé à de nombreuses questions qui sont posées en termes de retards et d'abandons, d'inobservance de prescriptions, etc. (Rode, 2010). En somme, il y a une possibilité de non-recours dès lors

qu'une offre s'adresse à un public, et ce, pour deux raisons: d'une part, l'offre n'a jamais d'usager contraint et d'autre part, des alternatives existent la plupart du temps, si bien qu'il n'y a pas non plus d'usagers captifs (Warin, 2010b) .

La typologie explicative de l'Observatoire des non-recours aux droits et services d'Odenore de warin (2010a) présente une grille d'analyse applicable à l'ensemble des situations de non-recours. Cette grille distingue un non-recours contraint et un non-recours choisi, ce qui permet de voir l'effectivité de l'offre et sa pertinence selon les usagers.

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

1. La non-connaissance : lorsque l'offre n'est pas connue.
2. La non-demande : quand l'offre est connue, mais pas demandée;
3. La non-réception: lorsqu'elle est connue, demandée, mais pas obtenue.

5.3 Le non-recours aux soins postnatals

L'analyse des divers écrits se rapportant au non-recours aux soins fait ressortir une définition principale. Selon Rode, (2010) cette définition renvoie au sens premier du verbe «recourir à » qui est synonyme de demander de l'aide à ou faire appel à ou encore s'adresser à quelqu'un dans l'objectif d'avoir de l'aide. Pour cet auteur, le non-recours appliqué aux soins est entendu comme le fait de ne pas avoir consulté un agent de santé, quel qu'il soit, au cours d'une période donnée. Ce qui pourrait se résumer aux non-consommations des soins.

Définir le non-recours comme l'absence de consommation des soins au cours d'une période donnée nécessite de fixer à partir de quand une personne est considérée ou non comme étant en non-recours. Comment cela est défini temporellement dans notre étude?

La réponse à cette question pourrait différer selon le type de soins. En ce qui concerne notre étude, nous nous baserons sur les recommandations de l'OMS en la matière de soins postnatals. Selon l'OMS, la mère et nouveau-né doivent être revus au 6-7e et au 42ème jour après l'accouchement pour des soins postnatals. Il y a non-recours aux soins postnatals dans les deux cas suivants:

- **Le renoncement aux soins**: il traduit principalement un abandon de soins (Rode, 2010) et se réfère à des usagers qui ne demandent pas une prestation durant sa période d'éligibilité (Warin, 2010a). Dans le domaine des soins postnatals, nous l'avons défini comme étant le fait de ne recourir à aucune consultation postnatale pendant les deux premiers mois qui suivent l'accouchement, quelles qu'en soient les raisons.

- **Les rendez-vous manqués:** Ils renvoient au manquement à des rendez-vous prescrits par le professionnel de la santé. Concernant les soins postnatals, dès la sortie de la maternité le professionnel de la santé doit informer l'accouchée des différents rendez-vous pour les soins postnatals qu'elle est tenue d'observer dans les quarante -deux jours après l'accouchement (OMS, 2015).

5.4 Les déterminants

Selon le Petit Larousse (2007), «un déterminant» est un élément qui en détermine un autre (le déterminé). Et il donne comme définition de «déterminer» : établir, définir de manière précis(Larousse, 2007, p. 359). Les déterminants sont des éléments d'ordre social, organisationnel, culturel, qui contribuent à l'apparition, au maintien, ou au développement d'un phénomène.

Pour notre étude les déterminants sont un ensemble de facteurs individuels, familiaux et de facteurs liés aux services de santé qui peuvent expliquer ou qui sont à l'origine d'un non-recours. Il s'agit notamment des éléments qui expliquent ou qui sont à l'origine du non-recours aux services de soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga.

VI. Cadre conceptuel ou théorique

L'utilisation des services biomédicaux est une notion complexe et sa conceptualisation diffère selon les auteurs (Langlois, 2015). Dans la littérature, de nombreux modèles théoriques ont été développés sur l'utilisation des services de santé en général, mais il n'existe aucun modèle spécifiquement sur le non-recours aux services de soins postnatals.

Pour ce faire, nous utiliserons le cadre conceptuel sur l'utilisation des services de santé dans les pays en développement proposés par Kroeger (1983) que nous adapterons avec les déterminants du non- recours aux soins postnatals retrouvés dans la recension des écrits.

Ce cadre propose trois grandes caractéristiques que sont: les caractéristiques individuelles, les caractéristiques liées à la maladie et à ses perceptions et les caractéristiques des services offerts. Ces caractéristiques ont été adaptées en fonction de notre revue de la littérature comme suit:

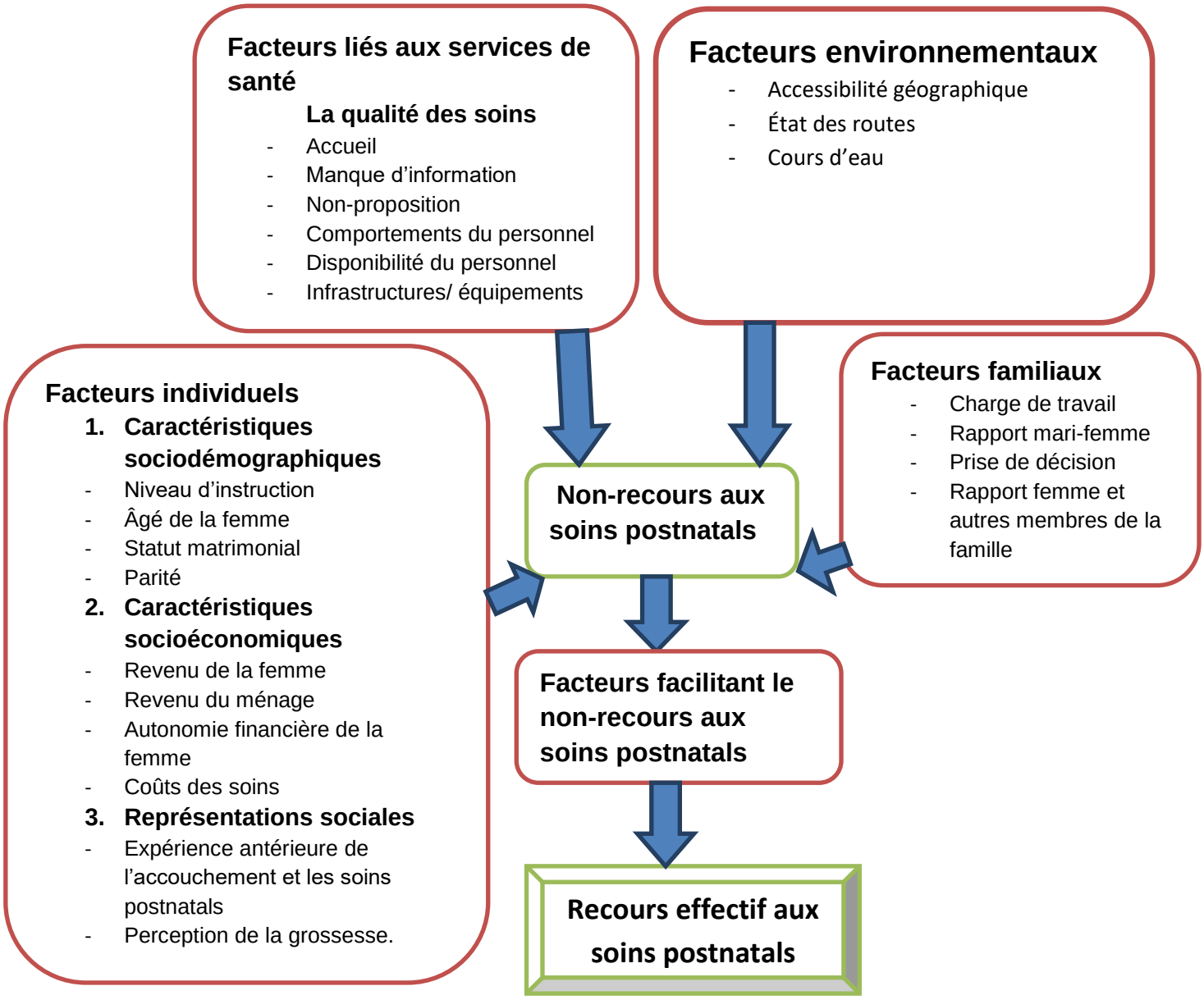
- Les déterminants ou caractéristiques liées aux services de santé correspondants à la qualité et l'accessibilité des services et;
- Les facteurs familiaux qui correspondent à l'environnement familial de la femme (les rapports mari- femme, le pouvoir décisionnel, la charge de travail et le rapport avec les autres membres de la famille)

- Les facteurs liés aux sujets ou facteurs individuels correspondant aux caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques et les perceptions/ représentations sociales

6.1 Le cadre conceptuel

Nous l'avons synthétisé comme ce qui suit:

Figure 1: Schéma du cadre conceptuel



6.2 Définitions des concepts du cadre conceptuel

Les facteurs individuels représentent les différentes caractéristiques liées au sujet. Ce sont les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et les représentations / perceptions sociales. En ce qui concerne les représentations sociales elles seront appréhendées par les expériences antérieures, de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et les perceptions de la grossesse par la femme. Pour l'expérience antérieure, il s'agira pour les femmes de décrire le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post-partum ainsi que de donner leurs représentations ou perceptions de la grossesse. Quant aux caractéristiques économiques, elles concernent le revenu de la femme qui sera appréciée par rapport aux activités génératrices de revenus, et leur autonomie financière qui est le droit de disposer de ses ressources comme on veut sans rendre compte à quelqu'un. Les coûts indirects sont inhérents aux transports, à la restauration. Enfin, les caractéristiques sociodémographiques qui regroupent le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la parité et l'âge de la femme. L'éducation formelle -la scolarisation- est l'un des principaux moyens d'exposition à la culture occidentale. L'éducation de la femme déterminera en grande partie ses connaissances, son autonomie de décision, son ouverture vers l'extérieur, son statut dans le ménage. La situation matrimoniale renseigne sur les types d'unions au moment de l'enquête. La parité est représentée par le nombre d'accouchements de la femme et l'âge de la femme est son âge à l'accouchement de son dernier enfant.

Les facteurs familiaux, représentent l'environnement familial de la femme notamment la charge de travail à travers son rôle dans la famille, les relations mari- femme et celles des femmes avec les membres de la famille pour apprécier l'ambiance qui règne dans la famille ainsi que le pouvoir décisionnel de la femme au sein de la famille.

Les facteurs liés aux services santé sont constitués de l'accessibilité et de la qualité des services. La qualité de services est évaluée par l'information par rapport à l'existence ou le mode d'accès des soins postnatals. La proposition de l'offre de service de soins postnatals, mais aussi par la qualité de l'accueil ainsi que le comportement des soignants et la disponibilité des agents pour la continuité des soins. Enfin, il y a l'existence des infrastructures en nombres suffisants et des équipements (table d'accouchements, lits et matelas, matériels médicotechniques).

Quant aux facteurs environnementaux, c'est surtout l'accès géographique notamment l'état des voies, les cours d'eau et la distance au centre de santé. Ces facteurs ne seront pas analysés dans notre travail parce qu'ils sont transversaux à d'autres secteurs de développements.

Chapitre 2 :

Présentation du milieu de l'étude

Chapitre 2 : Présentation du milieu de l'étude

2.1 Présentation du district sanitaire de Ziniaré

2.1.1 Historique de la ville de Ziniaré

Ziniaré signifie en langue mooré «du jamais vu». Ce nom se rapporte à un événement inédit qui se serait produit vers l'an 1750, il s'agissait du commerce de galette pratiqué pour une première fois par la mère de Naaba Zombré, poug-toenga (Dassetto, Sebahara, Ouedraogo, Nyamba, & Laurent, 2004).Selon, les mêmes auteurs, ce serait à partir de cet événement que Ziniaré serait devenu le premier marché du Royaume Mossi de Ouagadougou où s'échangeaient principalement des produits agricoles et de l'artisanat.

2.1.2 Le district sanitaire de Ziniaré

Situé à 35 km de Ouagadougou sur la route nationale n°3 (axe Ouagadougou-Kaya-Dori), le district sanitaire de Ziniaré fait partie des trois (3) districts que compte la région sanitaire du Plateau central. D'une superficie de 2841km², le district sanitaire de Ziniaré couvre la province d'Oubritenga et est limité:

- À l'Est par le district sanitaire de Zorgho,
- À l'Ouest par ceux de Boussé et de Sig-Nonghin,
- Au Nord par celui de Kaya,
- Au Nord-Est par celui de Boussouma
- Et au Sud par ceux de Bogodogo et de Nongr-Masson.

Sur le plan administratif, le district sanitaire de Ziniaré épouse les limites territoriales de la province d'Oubritenga qui compte sept départements correspondant à sept communes: les communes rurales d'Absouya (19 villages), de Dapélogo (28 villages),de Loumbila (31 villages),de Nagréongo (21),de Ourgou-Manéga (29 villages)et de Zitenga (49 villages). La commune urbaine de Ziniaré compte 59 villages (Ministère de la santé, 2015b).

Selon le recensement général de la population et de l'Habitat (RGPH) de 2006 actualisé, la population de 2016 est estimée à 307846 habitants (le taux d'accroissement moyen annuel est de 1,90 %). Ceux-ci sont constitués en majorité de Mossis et de Peulhs. Le district sanitaire de Ziniaré est marqué par un grand flux migratoire aussi bien en interne qu'en externe. En saison pluvieuse, les populations migrent vers les hameaux de culture et en saison sèche vers les zones urbaines, les zones de culture maraîchère et les sites d'orpaillage. Le développement de la culture maraîchère et les sites artisanaux d'orpaillage attirent une grande population dans le district.

Sur le plan économique, les principales activités exercées par les populations sont entre autres le commerce, l'agriculture, l'élevage, la pêche, la chasse et l'orpaillage.

Le district sanitaire de Ziniaré dispose des structures sanitaires publiques et privées. En ce qui concerne les structures publiques, le district sanitaire dispose d'un Hôpital de District (HD), d'un Centre Médical (CM), de cinquante-quatre Centres de Santé et de Promotion sociale (CSPS), d'une maternité isolée, de neuf dispensaires isolés, et huit infirmeries. Quant au domaine privé, on dénombre deux formations sanitaires à but non lucratif et trois formations sanitaires confessionnelles(Ibid. 2015b).

Dans ce district sanitaire, notre étude a concerné uniquement le CSPS de Zitenga.

2.2 Présentation et justification du choix du champ d'étude

2.2.1 Justification du choix de l'aire sanitaire de Zitenga

Notre choix s'est porté sur l'aire de la formation sanitaire de Zitenga pour plusieurs raisons.

1. La formation sanitaire de Zitenga est parmi les premiers CSPS du district en matière d'accouchement assisté, soit 89 % en 2015 et 77,66 % en 2017 avec un taux de consultation postnatale respectivement de 27,2 et 35,41 % en 2015 et 2016. La formation sanitaire est une des formations sanitaires dont les normes en personnel sont respectées et particulièrement en maternité.
2. La structure sanitaire de Zitenga est la plus grande formation sanitaire rurale avec une aire sanitaire qui couvre 18 villages administratifs et un réseau routier moins praticable ainsi qu'une population estimée à 19200 en 2016 (Ministère de la Santé, 2015). Elle est aussi accessible en toute saison à partir du district, car elle est reliée à celui par une voie bitumée.
3. Le choix de la formation sanitaire de Zitenga se justifie par notre expérience professionnelle dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Ziniaré et notre rôle de personne ressource pour l'Équipe Cadre de District (ECD). Nous avons constaté lors de nos supervisions l'impuissance des agents de santé de Zitenga à pouvoir justifier la faible utilisation des services de soins postnatals devant un fort taux d'accouchement assisté.

2.2.2 Présentation du champ d'étude

a) Historique du village de Zitenga

Selon la légende, Zitenga a été fondé vers 1198 par Ziida fils de Zoungrouna venue de Gambaaga. Il s'installa d'abord à Barkoundouba (Sanglaïe), puis à Ourgou. Arrivée à Ourgou, il s'installa au nord du village là où il y avait beaucoup de «Soompiiga», une espèce d'herbacée, de la savane admirée par ses chevaux. Resté au nord de Ourgou, son premier fils resta à Samtenga à l'Est. Après sa mort, son fils cadet hérita du trône au détriment de son frère aîné car ayant découvert l'importance de la chefferie. Il se déplaça à l'est de la cour royale de son père, où il donna le nom de Nonghin (qui signifie en langue mooré «la chefferie est bonne» au village qu'il créa (ministère de l'aménagement du territoire et de la décentralisation, 2013). C'est ainsi que le village est né. Arrondissement en 1979, Zitenga fut ensuite érigée en sous-préfecture sous tutelle de Ziniaré à la faveur du décret n° 421/PRES/CMRPN du 24 octobre 1982. Le 14 novembre 1984 avec la réorganisation de l'administration territoriale, Zitenga devint le chef-lieu de département; puis chef-lieu de commune rurale en 2004 avec l'adoption du code général des collectivités territoriales(Ibid. 2013).

b) Présentation du CSPS de Zitenga

Le CSPS de Zitenga est situé au cœur de la commune de Zitenga et dans la partie nord du district sanitaire. Il est distant de dix-huit kilomètres du chef-lieu du district et est relié par voie bitumée. Le CSPS de Zitenga est limité au Nord par le CSPS de Yamana et au Nord-est, par Andem, au Sud par le CSPS de Koassanga, et sud-ouest par le CSPS de Tampouytenga, à l'Est, par le CSPS de Pendemtenga et, au Sud-Est par le CSPS de Dayagretenga, enfin à l'Ouest par celui de Sommassi.

Sur le plan démographique, le CSPS couvre une population totale de 19204 habitants repartie dans environ dix-neuf villages administratifs. Le CSPS est relié aux différents villages de l'aire sanitaire par des pistes qui sont impraticables en saison pluvieuse. La population est composée en majorité de Mossis et de peulhs. L'islam est la religion la plus pratiquée suivie respectivement par le christianisme (catholiques et protestants) et l'animisme.

Les principales activités économiques sont dominées par l'agriculture, le petit commerce et l'artisanat. En effet, les femmes exercent diverses activités (vente de condiments, arachides, vannerie, poterie, cordes, etc.) contribuant ainsi à créer des revenus dans les ménages(Ministère de la Santé, 2015).

Sur le plan social, l'organisation socio- politique de Zitenga est de type Moaga. «La société traditionnelle Moaga est très hiérarchisée et repose sur un espace coutumier bien structuré en

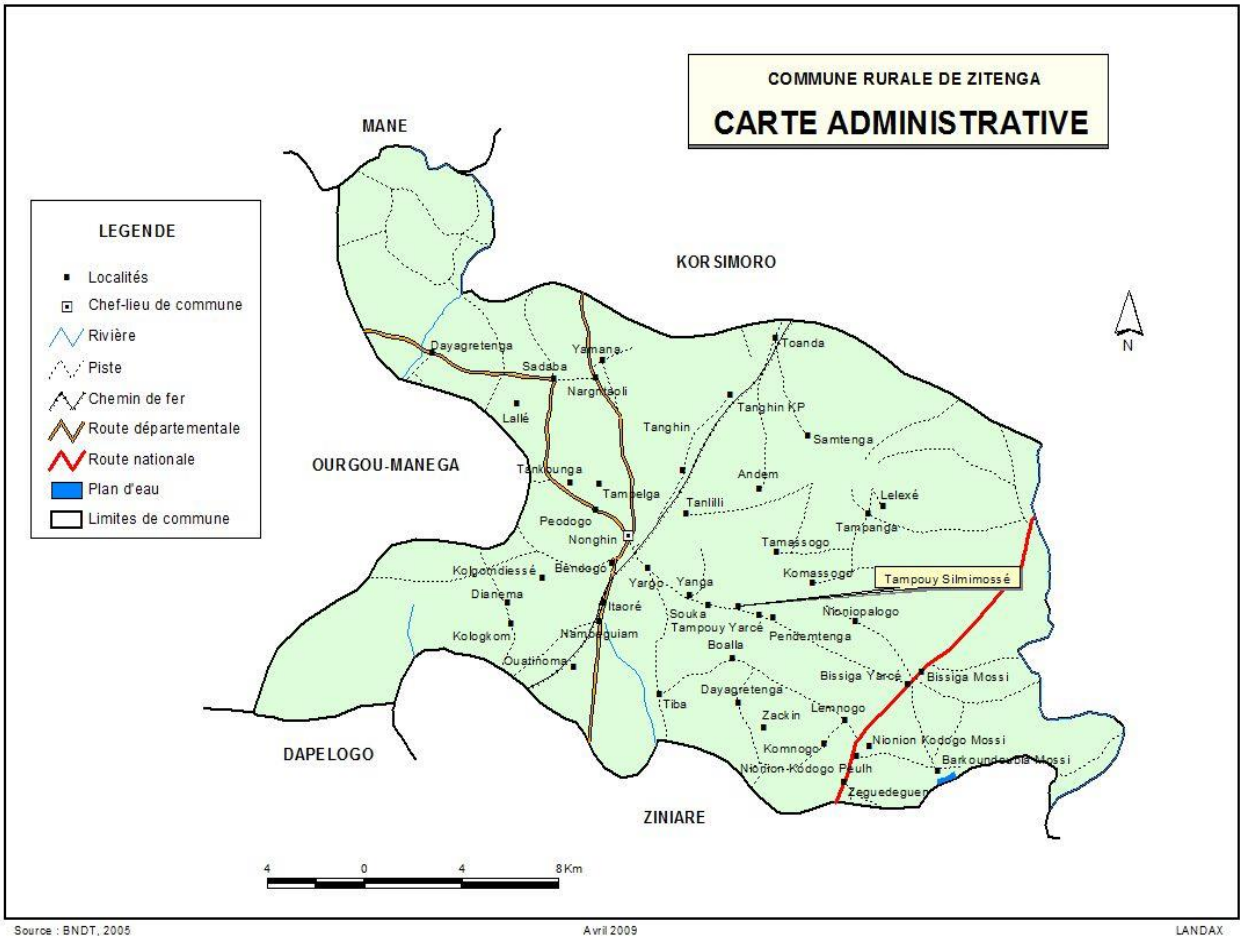
cantons, en villages, en quartiers et en concessions » (Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation, 2016, p. 11). Ainsi, le village de Zitenga est dirigé par un chef entouré par ses ministres. Celui-ci est garant de l'ensemble des normes et valeurs éthiques, spirituelles, culturelles qui régulent la vie sociétale du village.

Le CSPS de Zitenga dispose d'une maternité, d'un dispensaire, d'un dépôt de Médicaments Essentiels Génériques (MEG), de deux salles d'hospitalisations, six logements, une cuisine, deux latrines, un forage et d'une ambulance pour les évacuations.

La maternité du CSPS de Zitenga est composée d'une salle d'accouchement avec deux tables, d'une salle d'attente, d'une salle de consultation prénatale, de nourrisson et de consultation curative, d'une salle de consultation postnatale et de planification familiale et une salle de suite de couche /hospitalisation de cinq lits. Elle offre des services tels que les accouchements, les consultations curatives et préventives (consultations prénatales, postnatales, de nourrissons et de planification familiale).Le personnel est constitué de deux sages-femmes, d'un maïeuticien, de deux accoucheuses auxiliaires et d'une femme de ménage recrutée localement par le Comité de Gestion. Toutefois, ce personnel permanent bénéficie régulièrement de l'appui de stagiaires des écoles de la santé de Ouagadougou et de Ziniaré. Le paquet minimum des activités de la maternité est entièrement assuré par l'ensemble de ce personnel. Il n'existe pas de système de rotation entre le personnel de la maternité et celui du dispensaire.

En 2016, sur les 909 accouchements attendus, la maternité a enregistré 706 accouchements assistés dont seulement 250 accouchées ont bénéficié des soins postnatals dans les quarante-deux jours qui ont suivi leurs accouchements.

Figure 2: carte administrative de la commune de Zitenga



Chapitre 3:

Méthodologie

Chapitre III: Méthodologie de recherche

3.1 Type d'étude

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons privilégié une étude qualitative, de nature descriptive et explicative. Nous avons retenu cette approche parce qu'elle permet un approfondissement de thèmes complexes parfois sensibles ou intimes (Fassin, 2000). Les données qualitatives sont riches et ont un caractère englobant (Miles & Huberman, 2003). Elles produisent des descriptions denses et pénétrantes, nichées dans un contexte réel et unique à chaque personne.

Le non-recours aux services de santé échappe souvent aux données statistiques pour deux raisons à savoir : les populations en situation de non-recours sont peu visibles et sont difficiles à rejoindre. Ce type de population constitue ce qu'on pourrait désigner «comme impondérable» (Fassin, 2000, p. 128). De ce fait, l'approche qualitative permet à cette étude « d'identifier l'impondérable » et de «dévoiler l'invisible » (Ibid. 2000,p.128) en approfondissant avec la population de l'étude les logiques qui sous-tendent leur choix ou contrainte de non-recours aux soins postnatals. Nous voulons ainsi par cette étude, à explorer l'expérience vécue des personnes, la perspective qu'elles ont en regard d'une situation particulière ainsi que leurs perceptions d'un phénomène spécifique (Miles & Huberman, 2003) comme, le non-recours aux soins postnatals.

Les mères ayant renoncé aux soins postnatals constituent un groupe particulier nécessitant une étude de cas. Ce type d'étude est une catégorie spécifique (Ibid. 2003). Il n'est autre qu'une technique d'analyse situationnelle (Mucchielli, 1991). L'une des caractéristiques fondamentales de cette technique est de chercher à décrire la complexité d'une situation afin d'éclairer les liens multiples et dynamiques qui unissent les divers éléments (Collerette, 1997). Cette technique nous aidera à décrire et à interpréter les déterminants du non-recours aux services de soins postnatals selon les mères vivant dans l'aire sanitaire de Zitenga, à partir de données existantes (Creswell, 2009; Miles & Huberman, 2003).

3.2 Population d'étude

La population de notre étude est composée:

- **des mères d'enfants âgés de 42 jours à 12 mois** vivant dans l'aire sanitaire de Zitenga n'ayant pas eu recours aux services de soins postnatals dans les quarante-deux jours après leurs accouchements ;
- **de leurs maris** : il s'agit soit des pères des enfants dont les mères ont été interrogées ou de la personne en charge de la femme;

- **de leurs belles mères**: il s'agit de la mère ou toutes personnes âgées parentes du mari ou de la femme ayant soutenu cette dernière pendant la grossesse, l'accouchement et le postnatal.
- **Des agents de santé de la formation sanitaire de Zitenga** : il s'agit du personnel de santé exerçant dans la maternité de Zitenga.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

a. Pour les mères

- **Critères d'inclusion**

✓ Être une femme en âge de procréer résident dans l'aire sanitaire de Zitenga ;
✓ Avoir un enfant âgé de 42 jours à 12mois ;
✓ N'avoir pas eu recours aux services de soins postnatals ;
✓ Accepter de participer à l'enquête, et de donner son consentement

- **Critères d'exclusion**

✓ Qui ne jouit pas de ces facultés mentales
✓ Avoir un handicap pouvant empêcher de parler ;
✓ Avoir perdu un enfant pendant la période d'enquête.

b. Pour les hommes

- **Critères d'inclusion**

✓ Être le mari d'une participante à l'étude ou
✓ être marié et père d'un enfant âgé de 12 mois;
✓ Résider dans l'aire sanitaire de Zitenga;
✓ Accepter de participer à l'enquête et de donner son consentement

- **Critères d'exclusion**

✓ Qui ne jouit pas de ces facultés mentales
✓ Avoir un handicap pouvant empêcher de parler ;
✓ Avoir perdu un enfant pendant la période d'enquête.

c. Pour les belles-mères

- **Critères d'inclusion**

✓ Être une belle-mère d'une participante à l'étude ou
✓ être une grande mère ayant un enfant âgé de 12 mois dans le ménage ;
✓ Résider dans l'aire sanitaire de Zitenga;
✓ Accepter de participer à l'enquête et de donner son consentement

- **Critères d'exclusion**

✓ Qui ne jouit pas de ces facultés mentales

- ✓ Avoir un handicap pouvant empêcher de parler ;
- ✓ Avoir perdu un enfant pendant la période d'enquête

d. Pour le personnel de santé

- **Critères d'inclusion**

- ✓ Être un agent de santé de la maternité de Zitenga;
- ✓ Avoir au moins trois de service dans la maternité:
- ✓ Accepter de participer à l'enquête et de donner son consentement.

- **Critères d'exclusion**

- ✓ Avoir un handicap pouvant empêcher de parler;
- ✓ Qui ne jouit pas de ces facultés mentales;
- ✓ Être stagiaire.

3.3 Type d'échantillonnage, sélection et processus de recrutement des participants

3.3.1 Type d'échantillonnage

Nous avons utilisé l'échantillonnage par cas multiples des micro-unités sociales décrit par Pires (1997). Selon l'auteur, «les recherches qualitatives utilisant ce type d'échantillonnage sont celles qui recourent à des entrevues avec plusieurs individus ou celles des études collectives des cas»(Pires, 1997, p. 61). Pour cette étude, le choix de ce type d'échantillonnage se justifie par le fait qu'il fait appel à des entrevues avec plusieurs mères qui ont vécu une expérience de grossesse, d'accouchement et de non-recours aux soins postnatals. Dans ce cas, on a besoin de chaque participante pour obtenir des renseignements sur l'objet à l'étude, ainsi chaque participante est considérée dans cette étude comme une informatrice clé, porteuse d'un sous- système de valeurs. Nous cherchons alors à 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 qu'il connaît à titre d'informateur clé […]» (Ibid. 1997, p. 62-63).

3.3.2 Stratégie de recrutement

Avant le début de notre travail, nous nous sommes présentés aux autorités administratives et communautaires notamment à madame la directrice régionale de la santé et à monsieur le médecin-chef du district de Ziniaré, le major du CSPS et le responsable de la maternité de Zitenga ainsi que le représentant du maire de la commune de Zitenga. Cette approche est

nécessaire, car ces responsables peuvent nous permettre de nous intégrer facilement dans notre milieu d'étude.

- **Le choix des villages**

Pour le choix des villages, nous avons choisi les villages en fonction de leurs faibles taux en consultation postnatale et de leurs distances par rapport à la formation sanitaire.

Pour ce faire, nous avons premièrement recensé le nombre total des accouchements en 2016 de tous les villages ainsi que le nombre des femmes qui ont utilisé une fois les services de soins postnatals dans le registre d'accouchement et celui de la consultation postnatale. Ensuite, nous avons calculé le pourcentage d'utilisation des soins postnatals par village pour l'année 2016.

Deuxièmement, nous avons regroupé les villages en trois entités en fonction de leurs distances par rapport à la formation sanitaire : les villages situés à moins de cinq kilomètres de la formation sanitaire, ceux situés entre cinq et dix kilomètres et ceux situés à plus de dix kilomètres (0 à 5km ; 5 et10 km et plus de10Km). Ce qui nous a permis de retenir respectivement du plus proche au plus loin les villages de Nonghin, Tanlili et Dianema. Aussi, à partir des registres d'accouchement et de consultation postnatale, nous avons recensé les noms de toutes les femmes qui ont renoncé aux services de soins postnatals et de leur mari dans les trois villages choisis.

- **Le recrutement des participants**

Pour le recrutement des mères dans les trois villages, le major du CSPS de Zitenga nous a identifié un guide par village pour nous introduire dans les ménages. Nous nous sommes servis de l'aide du guide dans chaque village et de la liste des mères qui ont renoncé à la consultation postnatale pour procéder au recrutement des participants à Tanlili, Dianema et Nonghin. Dans cette liste nous avons recensé au total quatre-vingt-huit mères qui ont renoncé aux services de soins postnatals en 2016 dont quarante-cinq mères à Tanlili, vingt-deux à Dianema et-vingt-un à Nonghin. Au moment de l'enquête, seulement quarante mères étaient éligibles, ayant des enfants âgés de moins de douze mois.

Dans chaque village, nous avons essayé de retenir les ménages qui pouvaient nous permettre d'avoir la mère, le mari et la belle-mère ou toute autre vieille ayant aidé la femme pendant sa grossesse, son accouchement et sa période postnatale. Nous avons présenté l'objectif de notre étude à chaque guide en ne mentionnant pas le non-recours aux soins postnatals pour éviter une stigmatisation des mères par la suite.

Ensuite, chaque guide a identifié les ménages qui répondaient à nos besoins en fonction de la liste des mères de chaque village et a négocié un rendez-vous avec le chef de famille pour

nous. La veille du rendez-vous, ils allèrent confirmer avant de nous donner l'autorisation de venir.

Notre enquête de terrain s'est déroulée du 1er au 30 juin 2017. De manière générale, chaque guide nous introduisait dans le ménage et nous laissait avec les membres de la famille. C'est après le départ de notre guide que nous présentons en détail les objectifs et les attentes de notre étude au mari et à sa femme, tout en précisant que nous aimerions dans la mesure du possible réaliser les entrevues avec eux et leur vieille (la belle-mère). Si le chef de famille donnait son accord, nous commencions l'entretien chaque fois avec la femme et là encore nous expliquions le but, les objectifs de notre étude tout en lui assurant qu'elle avait le droit d'accepter ou pas. Si elle acceptait, elle signait le formulaire de consentement avant qu'on ne commence. Il faut noter que tous les chefs de famille que nous avons rencontrés ont adhéré à notre projet, nous permettant de commencer les entretiens le jour même du recrutement. Seulement nous n'avons pas pu avoir deux maris et une belle-mère. Pour la belle-mère, sa belle-fille a accouché chez ses parents et y a passé toute la période postnatale là-bas. Pour les deux maris, l'un résidait à Ouaga et l'autre avait voyagé le jour de notre arrivée et jusqu'à la fin, de notre enquête, nous n'avons pas eu nouvelle de lui. Aussi, un chef de famille a refusé le recrutement à Nonghin avançant un manque de temps, car il y avait une réunion, ce jour dans la cour royale. Il nous avait donné rendez-vous à treize heures le même jour, nous sommes répartis, mais nous ne l'avons pas vu, ni lui ni sa femme. Le lendemain, nous nous sommes rendus avec notre guide, mais malheureusement, nous n'avons pas pu toucher ni le mari ni sa femme qui selon l'entourage étaient partis à Ouaga. Nous n'avons donc pas mené l'enquête dans cette famille.

3.4 Les techniques et outils de collecte des données

Pour la collecte de données dans cette étude, différents outils ont été utilisés: des grilles d'entretiens individuels semi-directifs, une grille d'observation participante et une grille d'appréciation de matériel utilisé dans les soins postnatals.

3.4.1 Les entretiens individuels

Les entretiens sont des moyens les plus privilégiés et les plus économiques pour produire des données de recherche. Ils permettent une interaction entre le chercheur et ses interlocuteurs. Selon Morse (2012), l'entretien semi-directif favorise l'obtention de données de meilleure qualité quant à la richesse des informations transmises. Enfin, ils produisent «des données discursives donnant accès aux représentations (…) autochtones, indigènes, locales» (Op.cit. 1995, p. 6). Nous avons mené les entretiens semi-directifs à partir des grilles d'entretiens spécifiques à chaque catégorie de nos enquêtés (Annexes). Les grilles

d'entretiens comportaient des questions ouvertes élaborées à partir des thèmes. Ces différentes questions au cours de nos entretiens n'ont pas été toutes formulées dans l'ordre. Certaines questions de relance ont été suscitées par le discours de nos enquêtés et de ce fait qu'elles ne figurent pas sur nos grilles d'entretien (Annexe).

La majorité de nos entretiens se sont déroulés dans les ménages notamment dans la cour, loin des autres membres de la famille, mais nous avons parfois été perturbés par des enfants curieux. Nous avons réalisé cinq entretiens dans un centre d'association villageoise, parce que les concessions étaient si proches du centre que pour une question de commodité et de confidentialité le chef de famille et une belle-mère ont proposé d'aller au centre. Nous avons également réalisé trois entretiens sous un arbre loin des concessions cela a été proposé par le chef de famille pour nous éloigner des enfants et les visiteurs de la cour. Tous nos entretiens ont été enregistrés avec l'accord de nos participants et transcrits en intégralité. La durée moyenne de nos entretiens était d'environ trente- neuf minutes. Nous avons réalisé trente entretiens en mooré et quatre en français avec le personnel de santé dans le bureau du responsable de la maternité. L'échantillon final compte onze mères âgées de 18 à 35 ans avec un nombre d'enfants moyen de trois, plus neufs maris, dix belles-mères et quatre agents de santé de la maternité. Nous n'avons pu interroger que onze mères compte tenu de nos moyens financiers qui étaient modestes. En plus, nous avons voulu avoir par famille la mère, le mari et la belle-mère au fur et à mesure que nous évoluons dans l'enquête, il nous était difficile d'avoir ces trois personnes. Comme, en recherche qualitative, l'objectif est de faire ressortir une variété et une qualité maximale d'informations. Pour ce faire, dans cette étude nous avons procédé à une triangulation. Selon Olivier de Sardan (1995), elle est la base de toute enquête et consiste à recouper les informations. Selon l'auteur, cette triangulation peut-être simple ou complexe. Elle est dite simple quand le chercheur croise les informateurs pour ne pas se contenter d'une seule source. Elle est complexe quand on tente de raisonner le choix des multiples informateurs (ibid. 1995). En ce qui concerne notre étude, la triangulation simple a consisté à vérifier toute information émanant d'une participante. En interrogeant les maris, les belles-mères, les soignants et en observant les soignants dans leurs activités quotidiennes dans le centre de santé.

Le profil sociodémographique des mères avec qui nous nous sommes entretenus a été établi autour de leurs âges au moment de l'accouchement, le lieu d'habitation, la parité, le statut matrimonial et le niveau d'instruction. Les participantes à cette étude sont âgées de 18 à 35 ans au moment de leur accouchement. Considérant qu'elles ont toutes accouché en 2016 donc l'âge des mères à leur dernier accouchement semble juste, car il ne varie pas de plus

d'un an au moment de notre enquête. Pendant le recrutement, les mères avaient des enfants âgés de 1à 6 mois (03) et de 6 à 12 mois (08), la distribution de l'âge des mères à leur dernier accouchement se répartissait comme suit,18 à 20 ans (n= 02), 21 à 25 ans (n=05), 26 à 30 ans (n= 03) et de 31 à 35 ans (n= 01). Elles habitent dans trois villages de l'aire sanitaire de Zitenga, dont Nonghin, Tanlili et Dianema.

Quant au niveau d'instruction, la majorité des mères n'avaient aucun niveau d'instruction (n= 09), deux (n= 02) d'entre elles avaient un niveau élémentaire (CE1 et CM2).

Le statut matrimonial des mères a été déterminé selon quatre modalités à savoir le mariage religieux, mariage civil, mariage coutumier et célibataire. Dans l'aire sanitaire de Zitenga, l'islam étant la religion dominante, toutes les mères enquêtées ont dit être mariées sur le plan religieux (Fouris).

En ce qui concerne la parité, le nombre d'accouchements que les participantes ont eu jusqu'au moment de la collecte de données, nous avons recherché l'information sur le registre d'accouchement. Pour les onze participantes, le nombre d'accouchements est compris entre un et cinq accouchements avec une moyenne d'environ trois accouchements par mère.

Sur le plan économique, l'agriculture demeure la principale activité de toutes nos mères enquêtées, cependant en saison sèche certaines mères ont d'autres activités leur permettant d'avoir de revenues. Trois mères sur onze ont dit pratiquer exclusivement l'agriculture et ne mener aucune activité génératrice de revenus en saison sèche. Les huit autres en plus de l'agriculture mènent des activités variées pendant la saison sèche telle que la vente des tourteaux d'arachide, du soumbala, du Zoom-Koom[4], des cordes ou la pratique de petits commerces au marché de Zitenga.

[4] Zoom-Koom : L'eau de boisson faite à partir de la farine de mil

Tableau 1: Profil sociodémographique des participantes

Caractéristiques	N	Caractéristiques	N
Âgé au dernier accouchement		**Statut matrimonial**	
18 à 20 ans	02	Mariage religieux	11
21 à 25 ans	05	Mariage civil	00
26 à 30 ans	03	Mariage coutumier	00
30 à 35 ans	01	Célibataire	00
Total	**11**	**Total**	**11**
Lieu d'habitation		**Activité génératrice de revenus**	
Tanlili	07	Petits commerces	01
Nonghin	02	Vendeuse de Zoom-Koom	01
Dianema	02	Vendeuse de soumbala	01
Total	**11**	Vendeuse de tourteaux d'arachides	01
		Cultivatrice	03
		Tisseuses et vendeuses de cordes	04
		Total	**11**
Niveau d'instruction		**Parité**	
Aucun	09	1 à 2 accouchements	05
Primaire	02	3 à 4 accouchements	04
Secondaire	00	5 et plus accouchements	02
Total	**11**	**Total**	**11**

3.4.2 L'observation participante

L'observation est une des méthodes de collecte des données en recherche qualitative. Elle est dite participante si le chercheur est Co acteur(Olivier de Sardan, 1995). Dans ce cas, le chercheur doit séjourner, parmi les enquêtés afin de « se frotter en chair et os à la réalité qu'il entend étudier »(Ibid. 1995, p. 3). Notre présence dans les villages pour les enquêtes, nous a permis à partir de notre grille d'observation préalablement établie d'observer des éléments en lien avec l'accessibilité géographique, les services publics, les modes de transport existant et les différents milieux de travail des femmes. Nous avons également pu y voir les voies d'accès à l'hôpital et les différentes activités économiques des femmes notamment le tissage des cordes et les petits commerces le jour du marché de Zitenga. Dans la maternité notre observation s'est focalisée plus sur les rapports «accouchées» , agents de santé et les attitudes et comportements des uns et des autres lors de la sortie en suite de couches. Toutes ces observations nous ont permis d'une part d'entendre le discours des agents de santé lors de la sortie des «accouchées» et d'apercevoir comment les mères sont prises en charge pendant les soins postnatals.

3.4.3 La grille d'appréciation du matériel

Elle nous a permis de noter l'existence du matériel médicotechnique et d'apprécier le nombre et la qualité de ces matériels.

3.5 Traitement et analyse des données

Nous avons choisi l'analyse thématique proposée par Paillé et Mucchielli (cité par Niang et al., 2015) pour mener l'analyse des différentes données obtenues dans cette recherche. Il s'est agi, de repérer systématiquement les thèmes, les regrouper et les examiner de manière raisonnée les thèmes émergeants dans un corpus qu'il soit des entretiens transcrits ou des notes d'observation ou tout autre document. Pour ce faire, nous avons de prime abord transcrit les enregistrements audio à la fin de chaque entretien avec les mères et pour les autres répondants les transcriptions ont été faites à la fin de l'enquête. L'étudiant étant bilingues la traduction et la transcription ont été faites en même temps. Une technique de validation a été adoptée pour vérifier si le travail traduction-transcription a été bien mené. Pour cela, nous avons sollicité l'aide d'un étudiant qui est parfaitement bilingue, français et mooré, pour faire vérifier auprès de lui si la traduction des propos que nous livraient nos répondants durant nos entretiens a été bien faite. Nous avons remis à notre collègue la transcription et l'enregistrement audio des onze mères enquêtées que nous avons soumis à la vérification. Ensuite, nous avons pris en compte les apports du collègue qui en général étaient constitués des mots sautés dans la transcription. Dans le souci d'ordonner les données qualitatives recueillies, toutes les données et les notes de terrain ont été retranscrites pour permettre une meilleure lisibilité.

Après la transcription des entretiens, nous avons procédé à la relecture continue des données afin de dégager les éléments qui émergeaient. Pour faciliter l'annotation, nous avons utilisé un logiciel d'analyse des données qualitatives RQDA BSD (R package version 0.2-8. 2016).

3.6 Critères de scientificité

La crédibilité : elle vérifie la véracité des données et si les résultats de la recherche sont plausibles et pertinents pour les participants et pour les autres chercheurs selon Dupéré (cité par Niang et al., 2015). Pour nous assurer de la crédibilité de notre recherche, nous avons procédé d'abord, par identifier les femmes n'ayant pas eu recours aux services de soins postnatals dans les différents registres avec l'aide des agents de santé et nous avons discuté avec le major et le responsable de la maternité de la stratégie de recrutement pour nous assurer de leur faisabilité et leur acceptabilité au sein de notre champ d'étude. Ensuite après

chaque recrutement, pendant la collecte des données nous avons pris le soin de nous présenter et de présenter le but et l'objectif de notre recherche afin de mettre en confiance nos participants. De plus, lors des entretiens nous avons tenu à utiliser des mots synonymes pour faire comprendre les questions aux participants, aussi nous nous assurions de reformuler, répéter et de résumer certaines paroles des participants afin de vérifier notre compréhension bonne. En plus des mères, nous avons effectué des entretiens avec leurs maris et leurs belles-mères ainsi que des entretiens avec le personnel de santé de la maternité afin de recouper les informations. Enfin lors de l'analyse, nous avons procédé à une triangulation des données des différents outils de collecte.

La fiabilité ou la fidélité : pour Lessard-Hébert et al. (1990), la fiabilité fait référence « à la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe quand et comment celle-ci est produite » (cité par Drapeau, 2004, p. 82). Dans notre étude nous avons été honnêtes et transparents le plus possible en rapportant les erreurs méthodologiques de terrain, aussi nous nous sommes assurés de mener le plus fidèlement possible la traduction des entretiens du mooré en français tout en privilégiant une technique de validation auprès d'un autre collègue étudiant. Nous avons consulté fréquemment notre journal de bord, nos encadreurs de recherche et certains de nos professeurs autour des thèmes qui ont émergé durant l'analyse des données.

La transférabilité: la transférabilité renvoie à la possibilité de généraliser les observations dans d'autres contextes. Elle sert à déterminer si les conclusions de l'étude auront une signification plus large et si nous pourrons les transférer à d'autres contextes (Miles & Huberman, 2003). Dans notre étude, nous pensons avoir suffisamment bien décrit notre milieu et notre contexte d'étude ainsi que nos participants (mères d'enfant de 42 jours à 12 mois, leurs maris et leurs belles-mères de notre étude et les agents de santé de la maternité). L'échantillonnage des mères qui n'ayant pas eu recours aux services de soins postnatals nous a permis d'atteindre différents thèmes qui entourent le non-recours aux services de soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga. Nous avons pu atteindre un niveau de collecte des données de telle sorte que les techniques de recueil et d'analyse des données ne fournissent, plus aucun thème nouveau sur le non-recours aux services de soins postnatals (Drapeau, 2004).De ce fait, notre étude peut être généralisée à d'autres contextes similaires à celui-ci.

3.7 Difficultés rencontrées

3.7.1 Les difficultés d'ordre général

Premièrement, il a été difficile tout au début de cerner le nombre de village de l'aire sanitaire, car il y avait des hameaux de culture qui ne sont pas des villages administratifs. Par conséquent, nous nous trouvions souvent avec deux noms de village appartenant à un village ce qui nous a compliqué le recensement des accouchements par village ainsi que le nombre de CPoN par village. De ce fait, avec l'aide du responsable de la maternité, nous avons pu regrouper tous les hameaux autour de tous les villages administratifs.

Deuxièmement, après l'identification des mères ayant renoncé au CPoN par village, nous ne pouvions pas prendre rendez-vous avec les mères pour discuter de leur participation, car dans les registres aucun numéro de téléphone n'apparaissait. Nous n'avions pu avoir que le nom des villages, les noms et prénoms des mères et de leurs maris. Donc, il nous fallait nous y rendre dans chaque village forcement.

Enfin, nous étions en saison sèche même si la saison des pluies s'installait peu à peu, trouver les femmes à la maison était difficile surtout le jour de marché de Zitenga. De ce fait, aucun entretien n'a eu lieu le jour du marché de Zitenga.

3.7.2 Les difficultés liées au recrutement des participants

Cette recherche s'intéressait aux mères ayant renoncé aux soins postnatals dans trois de l'aire sanitaire de Zitenga, de leurs maris et de leurs belles-mères. Nous avons eu des difficultés quant à la reconnaissance de la cour, d'abord le nom des chefs de famille se ressemblait ainsi que les noms des mères aussi et comme nous étions étrangers dans le village et tout renseignement nécessitait beaucoup d'explication. Alors, nous nous sommes adressés aux conseils de chaque village qui nous a trouvé un guide dans chaque village pour faciliter la reconnaissance des concessions et notre intégration.

En plus, nous avons eu des difficultés quant au recrutement des belles-mères. En effet, certaines belles-mères n'accompagnent pas leur belle-fille, mais c'est plutôt leur coépouse, mais dans tous les cas un compte-rendu est fait au retour de la maternité aux belles-mères. Dans ce cas de figure, nous nous sommes entretenus avec la vraie belle-mère, car c'est elle qui s'occupe de la nouvelle mère dès son retour de l'hôpital. Dans une famille, nous n'avons pas pu avoir une belle-mère, car la femme a accouché dans sa propre famille et y est restée plus de deux mois avant de revenir en famille. Dans une autre famille, c'est avec une

coépouse de la nouvelle mère que nous nous sommes entretenus, car elle n'avait pas eu de belle-mère à ses côtés.

3.8 Considération éthique de la recherche

Notre étude n'a nui de quelconque façon aux personnes qui ont participé à cette étude. Pour cela, la participation à notre étude a été faite sur la base volontaire et chaque participant a été informé du but et des objectifs de la recherche, des risques et avantages à y participer. La participation à un entretien était gratuite sans contrepartie et chaque participant devrait s'engager en apposant son empreinte digitale ou sa signature sur un consentement écrit (Annexe). Le formulaire de consentement a été lu à chaque début d'entretien individuel et le consentement pour l'enregistrement a été demandé à chaque participant avant de commencer l'entretien. Tous les participants n'ont pas trouvé d'inconvénient quant à l'enregistrement de leurs entretiens. Pour assurer la confidentialité, les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport. Afin de préserver l'anonymat, nous avons utilisé des codes sur les différents documents. Les données sont gardées en lieu sûr et elles seront détruites à la fin de l'étude.

Pour cette recherche, nous avons bénéficié de l'autorisation d'enquête de madame la directrice régionale de la santé du plateau central (N°2017/00129/MS/RPCL/DRS-PCL du 14 /03/2017) et l'accord de monsieur le médecin du district sanitaire de Ziniaré.

Chapitre 4:

Présentation des résultats

Chapitre 4: Présentation des résultats

Cette section qui se compose de trois parties vise à présenter les résultats de l'analyse des données qualitatives en fonction des objectifs de la recherche. Dans la première partie seront présentés les résultats en lien avec le premier objectif qui est de rechercher les facteurs individuels qui entravent le recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga. Dans la deuxième partie seront présentés les résultats liés au deuxième objectif qui est d'explorer les facteurs familiaux qui entravent le recours aux services de soins postnatals. Enfin dans la troisième et dernière partie, nous présenterons les résultats obtenus en lien avec le troisième objectif qui est d'apprécier les déterminants liés aux services de santé qui favorisent le non-recours aux services de soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga.

4.1 Les facteurs individuels du non-recours aux soins postnatals.

Les facteurs individuels du non-recours aux soins s'emmêlent avec le statut socioéconomique des enquêtés, leurs perceptions et leurs expériences de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum**.** Dans cette partie, seront décrits le pouvoir économique des familles et les différentes expériences de la procréation des répondantes**.**

4.1.1 Le pouvoir financier et économique des familles

Comprendre le pouvoir financier et économique des familles, suppose de décrire les activités menées par les acteurs principaux du ménage. Ainsi dans les lignes qui suivent, nous nous proposons d'abord de discuter des activités des épouses, de celles de leurs maris et enfin de celles des belles-mères. Ensuite, nous décrirons comment ces revenus sont gérés.

a) Les occupations des épouses

Dans les ménages où les entretiens ont été réalisés, huit des onze femmes rencontrées exercent une activité afin de subvenir à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leur famille. Toutes les mères actives dans notre échantillon ont des revenus irréguliers liés au type d'activités mené. Pour celles qui vendent les cordes, le revenu est fonction de la rapidité dans la confection ainsi que le mode de vente (en gros ou en détail) de sorte qu'elles ne peuvent pas estimer leurs revenus mensuels:

« *C'est la vente des cordes là, ça aussi, si tu es rapide tu peux tisser beaucoup. Moi, depuis le matin je n'ai rien fait ; d'autres ont au moins un lot de corde. Je ne peux pas vous dire combien je peux avoir par mois* » (Entrevue mère 3, 22 ans, 2 enfants, niveau aucun) [265:478].

Pour les autres, cette activité leur procure un minimum de cinq cents francs à quinze mille francs CFA comme le notifie cette enquêtée:

« *Les cordes là, on les vend au jour le jour. Nous stockons jusqu'en saison hivernale puis, nous les vendons. Celles qui sont rapides peuvent gagner beaucoup, mais nous autres qui apprenons là, ça ne dépasse pas quinze milles par mois* » (Entrevue mère 7, 23 ans, 2 enfants, niveau CM1) [245:471].

Par contre, certaines activités, comme la vente des fruits (pastèques ou mangues) est plus rémunératrice, comme l'explique cette mère:

« *Ah! Parce que les marchandises ne sont pas les mêmes. Pour les pastèques, je peux avoir par mois entre trente-cinq mille francs et quarante mille francs, mais si ça devient les mangues par mois je ne peux pas avoir au-delà de dix mille Frs* » (Entrevue mère1, 25 ans, 3 enfants, niveau CE1) [607:813]

En plus du tissage des cordes et la vente des fruits, certaines mères vendent des denrées le jour du marché de Zitenga. Ces mères changent fréquemment de marchandises en fonction de leurs rentabilités ou de leurs disponibilités. C'est le cas de ces deux participantes qui disent n'avoir pas d'activités fixes:

« *En ce qui concerne les activités, si ce n'est pas le marché que nous fréquentions, les petits commerces au marché. Moi, je n'ai pas de commerce type, moi je suis celle qui vend du n'importe quoi. C'est ce qui s'achète que je vends* » (Entrevue mère1, 25 ans, 2 enfants, Niveau CE1) [125:359].

« *Nous faisons de petits commerces. On vend du tout, d'abord je vends de l'eau, si entre-temps ça ne marche pas, je vends du soumbala* » (Entrevue mère 2,35 ans, 4 enfants et non instruite) [124:258].

En plus, les activités commerciales des mères au marché de Zitenga sont des ventes des tourteaux d'arachides, du Zoom-Koom[5] et des céréales chaque jour de marché.

En outre, pendant la saison pluvieuse les mères comme tous les autres membres de la famille pratiquent l'agriculture comme le souligne cette enquêtée:

> *« Du travail! C'est l'agriculture. Ce sont les cultures. Pendant la saison des pluies, on cultive…»* (Entrevue mère 9,23 ans, 4 enfants et non instruite) [126:287].
>
> *« Nous n'avons pas de travail en dehors de l'agriculture et le tissage des cordes »* (Entrevue mère7, 23ans, 2 enfants, niveau CM1)[125:205].

Cette activité demeure la principale activité en saison pluvieuse pour l'ensemble des ménages que nous avons enquêté. L'agriculture est remplacée, en saison sèche par plusieurs occupations économiques. Seulement trois participantes à l'étude disent n'avoir aucune autre activité économique hormis l'agriculture comme le témoigne cette enquêtée:

> « *Nous n'avons pas de travail hein. Nous n'avons pas des cailloux pour casser, on n'a rien. Je ne fais pas non plus de petits commerces »* (Entrevue mère 5,18 ans, 2 enfants, et non instruite) [125:260].

b) Les activités des belles-mères

Malgré l'âge avancé de certaines belles-mères, elles continuent de pratiquer l'agriculture ainsi que des activités génératrices de revenus. Dans le village de Zitenga, la principale occupation de ces vieilles personnes est le tissage des cordes. C'est une activité phare des femmes en saison sèche à Zitenga. Dans les trois villages enquêtés, nous avons observé que la plupart des femmes et des belles-mères s'adonnent à cette activité comme le confirme cette belle-mère,

> *« Nous n'avons pas un travail qui peut nous donner de l'argent comme ça, c'est pourquoi nous tissons des cordes. Tu prends tout ton argent pour partir payer les sacs, si tu n'as plus rien et que tu as fini de tisser, tu t'assoies seulement »* (Entretien belle-mère 4, 65ans) [124: 352].

[5] Zoom-Koom : eau de boisson faite à partir de la farine du petit mil.

Pour certaines belles-mères, cette occupation ne rapporte pas suffisamment parce que la vente se fait au jour le jour. Pour d'autres, elles n'arrivent pas à évaluer leur gain mensuel. Comme le témoignent ces récits:

« *Ça ne vaut rien, si tu as l'argent pour tisser les cordes poser pour revendre après c'est de l'argent, mais si tu vends au fur et à mesure ça ne vaut rien* » (Entretien belle-mère 9, 62 ans) [395: 549].

c) Les activités des époux

À l'image de leurs femmes, les maris sont tous des agriculteurs, par contre en saison pluvieuse comme en saison sèche, ils exercent d'autres activités économiques telles que les cultures maraîchères, l'élevage des caprins et de bovins, les petits commerces et la maçonnerie ou la photographie. Pour l'un des maris, il n'exerce pas une seule activité:

> *« Premièrement, c'est l'agriculture, c'est l'élevage, ce qui s'ajoute en saison pluvieuse on fait une sorte de jardin où l'on repique de la tomate, de l'aubergine et de l'aubergine sauvage et on vend ça au marché. Après ça, en saison sèche, tu vois la brouette posée là non, c'est mon métier, je fais de la maçonnerie » (*Entrevue mari 3,*28 ans)* [126: 436].

Aussi, tout comme leurs épouses, ils ont des revenus mensuels irréguliers liés à leurs activités, variant de sept mille cinq cents francs à cent cinquante mille francs. Certains maraichers peuvent chiffrer leurs revenus mensuels comme ce mari:

> « *Dans le mois pour le jardinage, si ça marche par mois, je peux avoir cent cinquante mille francs* » (Entrevue mari 4,42 ans) [709: 805].

D'autres par contre se réservent du fait de l'irrégularité de leur revenu comme le témoigne cet homme:

> « *Nous ne comptons pas par mois, si ce n'est pas à la fin d'une campagne. Chaque sortie dépend de ce que tu vas rencontrer. Je ne peux pas dire que je gagne comme ça* » (Entrevue mari 7, 23 ans) [254: 415].

d) La gestion des revenus des mères

La principale dépense des mères dans notre échantillon est le réinvestissement dans l'activité économique. Puis, suivent les dépenses courantes comme l'achat des condiments, écraser le mil, réparer le vélo ou de subvenir aux besoins de leurs enfants, comme le confirment les propos de cette mère:

> « *Nous ne pouvons pas avoir l'argent, qui pourrait suffire à quelque chose. Si nous gagnons les deux milles, nous utilisons pour réparer le vélo ou tout autre problème personnel […]* » (Entrevue mère 6,18 ans, 1 enfant et non instruite) [449:750];

Nous avons cherché à saisir la marge de manœuvre dont disposent les femmes dans la gestion des revenus issus de leurs activités économiques. En effet, une chose est d'avoir un revenu, une autre est d'en disposer pleinement sans avoir à rendre compte. Ce que nous avons qualifié d'autonomie de la femme. À ce niveau, nous avons constaté que certaines mères (6 sur les 11) ne disposaient pas librement de leurs revenus. Même si leurs dépenses n'étaient pas forcement contrôlé par leurs maris, elles ne pouvaient pas les effectuer sans les en avertir. Cette mère le justifie par le fait d'être une «propriété» du mari:

> *« […]. Si tu gagnes quelque chose, tu dois montrer à ton mari, car, tu lui appartiens. […]. Si tu dois payer quelque chose, c'est forcé qu'il sache* » (Entrevue mère 3,22 ans, 2 enfants et non instruite) [510:1053]

Si pour cette enquêtée informer le mari apparait simplement comme une formalité, pour d'autres son accord est la condition absolue avant toute dépense, comme l'explique cette mère:

> *« […]. Si nous gagnons les deux milles, nous utilisons pour réparer le vélo ou tout autre problème personnel. Comme nous sommes avec notre mari, nous lui demandons à chaque fois s'il est d'accord avant de faire. Il faut son accord* »
>
> (Entrevue mère 6,18 ans, 1 enfant non instruite) [449: 750]

Au regard des revenus irréguliers des activités économiques, parler de l'épargne relèverait de l'extraordinaire pour beaucoup des mères enquêtées. C'est le cas de cette mère:

« Ce qu'on gagne ne suffit pas pour garder. On ne dépose rien s'il y a de l'aide, aidez-nous » (Entrevue mère3, 22ans, 2 enfants et non instruite) [1676:1798].

Il arrive tout de même que certaines mères parviennent à économiser afin de survenir à leurs besoins en cas de problème dans le ménage. Cela se fait à travers les mécanismes d'épargne locale: soit à travers une structure comme la caisse populaire soit des tontines locales. Ces récits des mères enquêtées illustrent nos propos:

« *Si, je gagne de l'argent comme ça, je peux enlever payer des céréales pour stocker et le reste je dépose à la caisse* » (Entrevue mère 1, 25ans, 3 enfants niveau CE1) [1037:1154].

« *Si je vends, on a des tontines que nous faisons au cas où tu aurais besoin de ton argent, tu pars prendre* » (Entrevue mère 11, 32 ans, 5 enfants, et non instruite) [447:550].

e) La gestion des revenus des époux et des belles-mères

Quant aux hommes, les principales dépenses concernent la nourriture, la santé des membres de la famille ou l'investissement dans l'élevage ou le commerce.

«La gestion de l'argent, si tu gagnes tu enlèves, vous savez que tu ne peux pas travailler sans crédit donc je paye mes crédits d'abord si le reste vaut l'achat d'une chèvre ou un mouton ou un bœuf je le fais. S'il en reste je garde en cas de problème de famille, je m'associe pour le résoudre. S'il s'agit d'un enfant malade, tu donnes l'argent pour les soins à l'hôpital» (Entrevue mari 4,42 ans)[838:1207].

Les maris quant à eux arrivent à épargner dans les caisses populaires. Ainsi, ce mari affirme:

«*Non, je ne fais pas de tontine, de cauris d'or, mais j'ai un compte Airtel money où je dépose un peu. Je garde dans mon portable parce que tu peux avoir un problème de nuit comme de jour, si l'argent est à côté de toi tu vas le dépenser* » (Entrevue mari7, 23 ans) [882:1123].

Par contre, pour les belles-mères, c'est tout à fait le contraire, comme illustre ce propos:

*« Rire, je ne peux pas avoir, n'en parlons pas de garder rire. Ce n'est pas suffisant pour dépenser et enlever garder de côté. Tu peux vendre des cordes trouver l'argent pour dépenser et enlever mettre de côté ou bien c'est du soumbala que tu vas vendre avoir de l'argent pour dépenser et enlever pour garder de côté. Ce n'est pas possible et comme nous n'avons plus de force, nous ne pouvons plus travailler encore » (*Belle-mère 2,70ans*)[1099:1788]*.

On peut conclure de ces données que toutes les mères pratiquent l'agriculture durant la saison des pluies avec le chef de ménage (mari) ou avec leurs beaux-parents. Toute activité génératrice de revenus durant la saison sèche ne permet pas aux mères enquêtées de subvenir à tous leurs besoins et à ceux de leur famille. Les mères qui ne réussissent pas à avoir une activité génératrice de revenus vendent les récoltes de leurs petits champs qu'elles ont réalisés pendant la saison pluvieuse en cas de besoin. Toutefois, la grande majorité des mères enquêtées ne peut pas utiliser leurs ressources sans informer et avoir l'accord de leurs maris. Les différentes activités économiques de l'ensemble des mères dans notre échantillon nous informent qu'elles ont un profil socio-économique très modeste et leurs maris ou beaux-parents n'ont pas de grands moyens financiers.

Aussi, en dehors de la politique nationale de gratuité des soins pour la mère et l'enfant en cours au Burkina Faso, ces mères n'ont aucune protection sociale telle que l'assurance maladie.

4.1.2 Les représentations sociales et pratiques autour de la grossesse de l'accouchement et du postpartum

Dans cette partie nous présenterons les perceptions de la grossesse et sa prise en charge selon les enquêtées.

- **Les perceptions de la grossesse par nos répondants**

Les perceptions de la grossesse diffèrent d'une ethnie à l'autre. Dans cette étude, nos enquêtés ont fait ressortir deux aspects que nous allons analyser dans les lignes qui suivent. Il s'agit de la grossesse perçue comme une honte et un risque pour la femme.

- ***La grossesse comme une honte pour la femme***

Dans la société africaine, la survenue d'une grossesse est une joie, car elle témoigne d'une féminité accomplie, mais aussi d'une augmentation du potentiel humain au sein de la famille et dans la communauté. La procréation est perçue comme un événement naturel, un passage

obligé pour toute femme au cours de sa vie. Cependant, elle est perçue par les femmes comme une honte, comme l'a évoqué Doris Bonnet dans son livre « corps social, corps biologique» que:«Si on voit qu'une femme ne ressemble plus à ce qu'elle était hier, on regarde, on chuchote, et on finit par voir qu'elle est en grossesse.» (Bonnet, 1988, p.31). Cette discrétion de la femme enceinte décrite par elles-mêmes provient de la surveillance que les membres essentiellement féminins de la concession exercent sur la nouvelle mariée. Dans notre échantillon, certaines mères ont vécu cette situation comme le témoigne cette enquêtée qui est dans une famille polygame.

« *Si tu prends une grossesse, on peut dire que c'est honteux, si tu prends une grossesse les gens se réjouissent, quelqu'une d'elle est enceinte* » (Entretien mère 6,18 ans, 1 enfant, non instruite) [2725:2892].

La grossesse étant une preuve manifeste qu'il y a eu rapport sexuel, la jeune mariée doit bien se garder d'afficher cette connaissance au grand jour. Ce sentiment de honte n'est pas seulement lié à la sexualité, mais elle se rapporte aussi au regard que portent les femmes sur leur corps (Niang, 2014). En effet, ces dernières ont un sentiment de pudeur vis-à-vis de leur corps et cela n'est pas seulement valable pour les jeunes femmes. Elle est aussi remarquée 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. Ce sentiment de honte que les femmes portent sur la grossesse les pousse à vivre différemment cette période en cachant leur état, jusqu'au moment où il devient visible. Aussi, 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. En effet, certaines catégories de femmes telles que les célibataires, les femmes âgées de plus de 40 ans et plus, les accouchées dont les enfants ont moins de 2 ans, ne doivent pas concevoir à cette période de leur vie, car cela les expose à des formes de stigmatisation susceptibles de les rendre vulnérables socialement. Cette manière de percevoir la grossesse influence ainsi le recours au service de CPN, la femme préférant cacher autant que possible la grossesse.

a) La grossesse comme un risque

La grossesse est également perçue par nos enquêtés comme une période particulière dans la vie d'une femme au cours de laquelle elle est exposée à toutes sortes de risques, d'où les expressions :

> « *Une femme enceinte et une qui n'est pas enceinte ne sont pas les mêmes parce que la femme enceinte peut souvent tomber malade* » (Entrevue mère 2, 35 ans, 4 enfants et non instruite)[2594:2725]
>
> « *La grossesse est une maladie, même si c'est ta fille mariée là qui porte une grossesse, ça te fait souffrir, n'en parlons pas si tu as pris l'enfant d'une personne sous ton toit* » (Entretien belle-mère 3, 60 ans) [2986:3229].

En conséquence, elle mérite une surveillance afin de lui assurer un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Cette surveillance implique un certain nombre de pratiques et le respect de restrictions au niveau domestique (stratégies de conjuration du malheur et de l'infortune sociale pour le futur bébé, contrôle des aînés sur les déplacements lors des grossesses, interdits alimentaires et réduction des travaux pénibles), et le recours aux structures sanitaires

- **La gestion domestique de la grossesse**

La prise en charge domestique de la grossesse n'est pas seulement l'affaire de la femme enceinte. Elle est et demeure une affaire d'entourage, notamment les ainés. Chacun y apporte son soutien pour un aboutissement heureux de la grossesse. Pour assurer un bon déroulement de la grossesse, la femme enceinte doit respecter certains principes d'ordre socioculturel dans sa communauté. Ces principes représentent une certaine restriction de la liberté chez la femme.

« *Une femme enceinte ne doit pas marcher au hasard, par exemple, se laver tard dans la nuit. Avant, après la prière de la nuit la femme enceinte ne devrait plus se laver parce qu'on dit que si l'oiseau cri sur sa tête ce n'est pas bon. Aussi, une femme enceinte ne doit pas se coucher au clair de lune parce qu'après son accouchement l'enfant peut souffrir de la maladie de l'oiseau* » (Entretien belle-mère 5, 47 ans) [2000:2380].

En effet, la femme enceinte ne doit pas se déplacer partout, car il y a certains lieux qui ne sont pas propices à la grossesse, notamment dans les funérailles et la brousse qualifiée de lieu des génies ou bien sortir pendant les périodes chaudes (entre midi et quinze heures) qui correspondent à leurs heures de sortie.

D'autre part, ces principes impliquent des modifications alimentaires et une exemption de certains travaux.

> *« Quand je portais ma grossesse, il y avait des interdits alimentaires par exemple les mangues, si tu manges beaucoup de mangue ça amène des accouchements difficiles, en plus il y a un fruit dont j'ai oublié le nom. Si tu manges ce fruit si tu accouches la tête du bébé sera parsemée de boutons, il y a enfin le piment »(Entrevue mère 6, 18ans, 1 enfant, non instruite) [1875:2191]*

> *« Les travaux pénibles peuvent causer des ennuis pour la femme et son bébé donc elle ne doit pas faire ces travaux »*(Entrevue mère 2, 35ans, 4 enfants et non instruite) [1827:1939].

Les conseils concernant les travaux proviennent bien souvent des agents de santé et sont transmis entre femmes au fil des générations. Il ne s'agit pas d'arrêter complètement tout travail, surtout lorsque la grossesse survient en saison pluvieuse, mais de prendre des précautions, et d'accomplir que des tâches qui nuisent peu au bon déroulement de la grossesse.

> *« Avant son accouchement, en ce qui concerne les travaux, je l'ai informée que les travaux sont nombreux, mais elle doit faire ce qu'elle peut seulement. Elle pouvait transporter trois bidons d'eaux. Avec son état de grossesse, que je l'ai conseillé de mettre un bidon par voyage si c'est insuffisant elle pourrait répartir. Moi, j'ai mes propres bidons comme je suis éleveur, je puise l'eau pour abreuver mes animaux, je bois et me lave là-bas »(entretien mari 1, 33ans).*

En plus de ces interdits alimentaires et comportementaux, les femmes enceintes disent faire recours aux structures de santé pour les CPN essentiellement. Le recours à la CPN couramment appelée par nos enquêtées, «la pesée» est très souvent liée à la perception que les

femmes ont de leurs grossesses. La perception du risque ou de maladie autour de la grossesse fait que les femmes enceintes utilisent les services de CPN au premier trimestre de leur grossesse, comme le recommandent les agents de santé. Par contre, la perception de honte autour de la grossesse est un facteur de recours tardif à la CPN, car la femme soucieuse de cacher sa grossesse n'ira en consultation que lorsque la grossesse aura avancé.

Plusieurs raisons sont mobilisées pour expliquer le recours aux CPN. Elles permettent de bénéficier des conseils des agents de santé sur les conduites à tenir pendant la grossesse (l'alimentation, les travaux, etc.), la reconnaissance des signes de danger (les saignements, le paludisme, les vertiges, la tension, la pâleur, etc.).

- **La prise en charge de l'accouchement**

La gestion de l'accouchement se déroulerait en deux étapes: avant l'entrée dans une Formation sanitaire (FS) et après accouchement (postpartum)

1) Avant l'arrivée dans un CSPS

Le début du travail d'accouchement est marqué chez les femmes enceintes par l'apparition de la douleur au ventre. Quand le travail commence, le lieu d'accouchement par excellence demeure le centre de santé. Presque tous les répondants ont affirmé cela. La préférence de l'accouchement assisté à celui pratiqué à la maison selon les répondants est justifiée par le fait de pouvoir bénéficier des soins adéquats en cas de complications.

> *« Il y a des avantages, parce que si tu accouches à l'hôpital et ça se complique, ils connaissent comment te soigner ; comme ils disent que le sang peut couler beaucoup, si c'est à la maison, nous n'allons pas connaître ça et nous allons utiliser les produits traditionnels inutilement, alors que si c'est l'hôpital ils savent quel médicament convient avec toi »* (Entrevue mère 3, 22 ans, 2 enfants et non instruite) [9291:9650].

Connaissant les nombreux avantages d'accoucher au centre de santé, toutes les mères enquêtées ont dit n'avoir rien fait à la maison avant d'aller au centre de santé. Comme le témoigne cette mère,

> « *À la maison ici, quand c'a commencé seulement (les douleurs au ventre), on m'a pris amené à l'hôpital. Je n'ai pas fait quelque chose à la maison »* (Entrevue mère 9, 23 ans, 4 enfants et, non instruite) [3369:3487].

Les besoins d'accoucher dans une structure de santé restent fortement liés à la perception par la communauté du risque que courent la parturiente et le nouveau-né.

- ***Le rôle des belles-mères***

La décision du départ à la maternité est fortement influencée par les personnes ressources auxquelles la femme enceinte se confie : les belles-mères et les anciennes accoucheuses traditionnelles. En effet, ce sont ces personnes ressources qui doivent souvent confirmer le début du travail d'accouchement avant le départ à la maternité surtout pour les primipares qui n'ont aucune expérience comme nous raconte cette mère qui était à son premier accouchement:

> « *Quand j'avais mal la nuit, je ne pensais pas que c'était l'accouchement. Je croyais que j'étais malade. C'est le matin que la belle-mère a dit aller à l'hôpital que ça peut être un accouchement* » (Entrevue mère 6,18ans, 1 enfant non instruite)[3529:3749].

Par contre pour les multipares le début de travail est bien connu et très souvent c'est à elles de demander à ce qu'on les conduise à la maternité comme l'affirme cette mère qui était à son troisième accouchement :

> «*Il n'y a pas eu de prise de décision, j'ai dit seulement de m'amener à l'hôpital. Nous sommes partis aux environs de 23 — 24 heures*» (Entrevue mère.1, 25ans, 3 enfants niveau CE1) [4980:5110].

Pour celles qui ont de l'expérience, le départ à la maternité est souvent retardé pour éviter les longs séjours avant d'accoucher.

- ***Le rôle des accoucheuses villageoises***

Pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale, des initiatives ont été développées par les autorités sanitaires parmi lesquelles on peut citer l'implication des agents de santé communautaire dans l'offre de prestations. Cela a conduit à une redéfinition du rôle des accoucheuses villageoises (AV).En effet, en 2004, une étude réalisée par le ministère de la

Santé et ses partenaires a conclu qu'une réduction significative des décès maternels et néonatals ne pouvait être obtenue sans une assistance par un personnel de santé qualifié de l'accouchement chez toute femme (ministère de la Santé, 2007). Pour ce faire, depuis le 24 septembre 2004, les accoucheuses villageoises ont été privées de leur rôle primaire. De nos jours, elles doivent encourager et accompagner les gestantes pour les CPN ou les parturientes pour l'accouchement. De ce fait, elles sont toujours sollicitées dans leur localité pour leur expertise comme le souligne cette belle-mère:

> *« Il y a une vieille qui était là tout de suite, c'est elle qu'on est parti appeler et elle a dit que c'était l'accouchement que de l'amener à l'hôpital. Comme nous sommes de jeunes femmes dans la cour, c'est elle notre vieille. Elle est une ancienne accoucheuse villageoise. La maman de notre chef de famille, ma tante, était une accoucheuse villageoise aussi » (Belle-mère T5, 47 ans) [4415:4768].*

Les belles-mères et les accoucheuses villageoises ont une influence sur les femmes enceintes et les accouchées, car elles constituent des personnes ressources pour ces dernières. De ce fait, elles jouent un rôle dans la prise de décision concernant le recours aux soins postnatals. En plus, étant les garantes des pratiques traditionnelles liées aux soins postnatals, les mauvaises perceptions de ces accoucheuses villageoises par les services de santé modernes pourraient constituer un facteur de non – recours aux services de soins postnatals.

2) La prise en charge à la maternité

Dès l'arrivée de la parturiente à la maternité, l'accueil et la gestion de l'accouchement relèvent du ressort des agents de santé. Cela a été affirmé par l'ensemble des mères enquêtées. Après l'accueil, chaque parturiente, bénéficie d'un premier examen en salle d'accouchement. Selon les mères, cet examen pose le diagnostic de l'accouchement et décide de la conduite à tenir. Les résultats de cet examen sont annoncés aux accompagnantes.

À l'issue de cet examen, certaines parturientes peuvent rester en salle, si le travail d'accouchement est avancé comme décrit cette mère:

> « *Ils n'ont rien fait, si ce n'est pas qu'ils m'ont examinée. Ils m'ont examinée pour voir si c'était l'heure d'accouchement. Quand, ils ont fini d'examiner, ils m'ont*

dit qu'il restait un peu. Je suis restée en salle jusqu'à accoucher […] » (Entrevue mère 7, 23 ans, 2 enfants, niveau CM1) [3524:4046].

Lorsque le travail n'est pas avancé, la parturiente est laissée aux bons soins des accompagnantes dans le couloir. Celles-ci ont pour rôle de surveiller la parturiente et l'évolution du travail. Elles font ainsi appel aux agents de santé lorsque les contractions utérines deviennent très rapprochées. Cette manière de gérer les parturientes n'est pas sans conséquence, car certaines parturientes ne voulant pas parfois se faire remarquer par leur entourage supportent les douleurs jusqu'à accoucher souvent dans le couloir. À ce propos, cette mère rencontrée affirme ceci:

« […]. On m'a examinée pour une deuxième fois-là, l'accoucheuse qui m'a examiné a encore dit que l'accouchement n'est pas arrivé et elle a rompu la poche des eaux. On m'a dit de ressortir attendre l'heure. Dans l'attente de mon heure d'accouchement, moi, mon accouchement ne tarde pas. On m'a installée dans le couloir, quand j'ai signalé que j'avais très mal et on m'a ordonné de rentrer dans la salle aussi tôt j'ai accouché. Quand l'accoucheuse est arrivée, elle m'a dit de me coucher, elle a pris le bébé, le coucher sur ma poitrine pour attendre que le placenta sorte, elle a fait ce qu'elle devrait faire […] » (Entrevue mère 1, 25ans, 3 enfants, niveau CE1) [5182:6143].

Mis à part ce cas isolé, la majorité des mères enquêtées ont toutes accouché en salle assistée par un agent de santé loin du regard de l'accompagnante.

- ***Le rôle des accompagnantes à la maternité***

Parlant de l'accompagnante de la parturiente, la famille doit créer un environnement réconfortant pour la femme en travail et cela passe d'abord par la figure de l'accompagnante. En plus de son expérience pour apporter du confort à la parturiente, elle doit aussi être une personne de confiance. Ce rôle est bien souvent joué par la belle-mère. À ce propos cette mère répond que:

« *Si c'est ça, oh, si tu pars pour accoucher, si tu as une belle-mère, c'est bon qu'elle suive. Si tu as une coépouse, elle doit suivre. C'est bon qu'elles suivent parce*

qu'en matière d'accouchement nous sommes de petites filles entre nous, mais nos belles-mères qui suivent, elles, elles connaissent déjà ça mieux que nous. S'il s'agit du travail, lavez la salle et tes habits, les vieilles n'ont pas assez de force pour ça, c'est là que nos coépouses doivent intervenir » (Entrevue mère 4, 27 ans, 3 enfants et non instruite) [5047:5516].

Cependant dans notre échantillon, cette tâche dévolue à la belle-mère est perçue différemment par d'autres:

« *Chez nous ici, même hier, j'étais à l'hôpital, c'est une femme de la cour voisine là, nous partons à l'hôpital de façon, façon, car, ici, si c'est la belle-fille de ta coépouse qui doit accoucher c'est moi qui l'accompagne, mais pas ma coépouse* » (Belle-mère 3, 60 ans) [4841: 5390].

Aussi, nos enquêtées avaient un avis partagé quant au changement du rôle de l'accompagnante. En effet auparavant, les accompagnantes pouvaient entrer avec elles en salle d'accouchement pour les conseiller, les consoler et les orienter. Selon nos répondants, les accompagnantes n'ont plus aujourd'hui accès à la salle d'accouchement. Certaines mères interviewées réprouvent cette absence de l'accompagnante dans la salle d'accouchement, car selon elles celle-ci pourrait apporter un soutien à l'agent de santé comme explique cette dernière:

« *De fois, tu peux arriver comme ça, si l'enfant veut descendre là tu perds connaissance et tu ne peux même pas te mouvoir. Dans ces situations, les vieilles qui suivent, si elles étaient autorisées à rentrer, elles peuvent éviter que les femmes ne tombent pour que les agents de santé fassent leur travail* » (Entrevue mère 4, 22 ans, 3 enfants et non instruite) [5047:5516].

Pour d'autres, l'agent de santé seul suffit

« *Moi, je préfère que les vieilles restent dehors et laisser seulement les accoucheuses, car on admettait les vieilles, parce qu'on n'avait pas le choix* » (Entrevue mère 1, 25 ans, 3 enfants niveau CE1) [6612:6764].

La cause du refus des accompagnantes dans la salle par les mères est essentiellement liée à leurs manques de confidentialité. En effet, certaines accompagnantes racontent à leurs proches tout ce qui s'est passé en salle mettant ainsi la honte à la nouvelle mère.

- ***Le rôle et la place des hommes à la maternité***

Pour l'accouchement, les hommes doivent assurer les dépenses inhérentes à la prise en charge notamment les frais de transport pour se rendre au centre de santé et l'achat de médicaments si nécessaire. Cela s'explique par le fait que l'accouchement est d'abord une affaire de femme, l'exaltation de la féminité, les hommes (même l'époux) sont tenus loin du lieu (Beninguisse et al.,2004). Ce sont les vieilles ou belles-mères, qui poursuivent les rôles occupés initialement dans les communautés (assistance, prise de décision, etc.). L'association des hommes à l'accouchement est synonyme d'une complication en vue comme l'indique cette mère;

> « *Ceux qui sont souvent autorisés à assister c'est les vieilles, mais au cas où ça voudrait se compliquer on associe les hommes »* (Entrevue mère 7, 23ans, 2 enfants CM1) [4397:4524].

L'homme n'est autorisé à assister que s'il est agent de santé et même cela cette acceptation dans notre zone d'étude à une histoire. À ce propos, un mari nous raconte ceci:

> *« Les hommes ne s'approchent pas sauf sur l'appel de l'agent de santé. Mis à part les agents de santé hommes ça aussi c'était un problème au début à Zitenga, mais c'est fini maintenant. Sinon des femmes ont refusé de partir à l'hôpital parce qu'elles ne voulaient pas être accouchées par un homme. Dans ce cas, le major disait qu'il va faire un papier, tu vas partir accoucher à Ziniaré, mais je crois que même si tu acceptais cela comme les agents de santé se connaissent si tu pars à Ziniaré c'est fort possible qu'un homme te reçoive là-bas. C'est dans le papier là seulement qu'il va dire que tu as refusé qu'un homme dirige ton accouchement. Actuellement à Zitenga ici c'est fini »* (Entrevue mari 2; 47ans) [9778:10457].

De nos jours, les femmes se font assister pendant l'accouchement par le maïeuticien à la maternité de Zitenga.

Les belles-mères et les accoucheuses traditionnelles occupent ainsi une place importante dans la gestion de l'accouchement et du post-partum. Aussi, l'accouchement est socialement perçu comme un événement privé qui relève exclusivement du domaine féminin. Bien que la présence des agents de santé masculins semble être acceptée, cela n'exclut pas que les femmes se retiennent d'utiliser les services de maternité gérés par les hommes surtout si la nouvelle mère ne se plaint d'aucun mal.

- **Après l'accouchement (post-partum)**
  - ***La gestion du post-partum immédiat***
    - ***Les premiers soins du nouveau-né en salle d'accouchement***

Les moments qui suivent la naissance seraient semblables chez toutes les mères, que nous avons enquêté: la mère reçoit immédiatement l'enfant sur sa poitrine après l'accouchement, l'agent de santé demande un pagne à l'accompagnante qui se tient derrière la porte de la salle d'accouchement. Dès réception du pagne, l'enfant est nettoyé puis enveloppé dans ledit pagne et après quelque temps d'observation pour s'assurer qu'il se porte bien, il est remis à l'accompagnante qui se rend dans la salle de suites de couches.

- ***Le transfert et la surveillance de l'accouchée en suites de couches***

Après réception des soins en salle d'accouchement, l'accouchée est protégée par une couche et conduite par l'agent de santé jusqu'à la salle de suites de couches où elle est installée sur le lit en décubitus dorsal[6] et laissée avec les accompagnantes. Comme nous l'affirme cette belle-mère en ces termes:

> « *[…].Si c'est les soins, la position que l'agent de santé a conseillée à l'accouchée, c'est cette position que nous lui conseillons de respecter qu'elle va avoir la santé »* (Belle-mère 9, 62 ans)[5304: 5514].

Selon les recommandations de l'OMS, l'accouchée doit être suivie pendant les six premières heures. Cette surveillance comporte la recherche des signes de danger post-partum, la tension artérielle, la température, l'écoulement vaginal, la contraction utérine, le pouls, la pâleur conjonctivale et palmaire. Après leur installation dans la salle de suites de couches la plupart des enquêtées, nous ont relaté que:

[6] Position couchée sur le dos

« L'agent de santé repassait nous voir. À chaque passage, il nous demandait, si nous n'avions pas mal » (Entrevue mère 8, 21 ans, 1 enfant, non instruite) [4210:4353].

Quant au bébé, surveiller la respiration (en recherchant un geignement expiratoire, respiration rapide, un tirage sous costal) et la température. Pour nos enquêtées, l'agent de santé s'intéressait aussi à la santé de l'enfant comme l'a dit cette belle-mère

« […]. Les agents de santé passaient de temps en temps demander si ça va, est-ce qu'elle ne saigne pas beaucoup, elle n'a pas mal, et le bébé est-ce que ça va » (Entretien belle-mère 8, 32 ans) [6470: 6719].

Par contre, certaines mères ont dit qu'après leurs accouchements, elles n'ont bénéficié d'aucune surveillance et pour expliquer, ces enquêtées nous ont raconté ceux-ci:

« Ils *n'ont rien fait* » (Entrevue mère 5, 18 ans, 2 enfants et non instruite) [4076:4095]

« Ils n'ont plus rien fait comme elle était en bonne santé. C'est le jour de sa sortie seulement qu'on lui a donné la route » (Belle-mère 4 ,65ans) [5799: 5923].

- ***Le rôle des accompagnantes après accouchement***

En ce qui concerne les accompagnantes, les plus jeunes s'occuperaient de la salle d'accouchement ainsi que les vêtements de la mère

« *Après l'accouchement, les jeunes femmes vont porter des gants pour laver la salle d'accouchement et les habits de l'accouchée, mais elle-même, on ne se presse pas de lui faire* sa toilette » (Entretien belle-mère10, 32 ans).

Les vieilles s'occupent de la toilette de l'enfant et de l'alimentation de l'accouchée. Dans les premiers instants, l'alimentation de l'accouchée est composée d'aliments chauds pour réchauffer le ventre. La consommation de nourritures, d'eau chaude par les nouvelles accouchées et la toilette constitue les indications des aînées (vieilles). Ces pratiques loin d'être une consigne médicale sont prescrites partout en Afrique subsaharienne. L'eau chaude

aurait en effet des vertus antiseptiques, adoucissantes et cicatrisantes. On dit qu'alors il faut « chasser le mauvais sang » (De Sardan, 2006). Toutes les mères enquêtées ont dit obéir à ces pratiques.

« *La mère, on lui fait boire de la soupe et de la bouillie et le bébé on lui fait la toilette* »(Entretien belle-mère 8, 31ans,3 enfants et non instruite) [6470: 6719]

- ***Place et rôle des hommes après accouchement en maternité***

Bien que l'‘accouchée’ se trouve en suites de couches, nous avons observé que seules les accompagnantes étaient avec elle. Le conjoint, quant à lui après le transfert de la femme en suites de couches, on lui permet de rendre visite à son enfant et son épouse, avant de reprendre sa place au-dehors. Il n'intervient qu'en cas de besoin. À la question de savoir qu'est-ce qui a été fait à votre femme après son accouchement ? Certains maris nous ont répondu

« *Comme nous ne pouvons pas nous approcher, je ne peux rien dire là-dessus* » (Entrevue mari 3, 28 ans)[8203: 8276].

Pour d'autres, ils savent que les agents de santé font beaucoup de choses après l'accouchement sur la femme et son enfant comme l'affirme ce mari

« […].*Ils font beaucoup de choses sur la femme et le bébé, mais comme nous ne pouvons pas rester avec les femmes dans la salle je ne peux pas savoir* » (Entrevue mari 2 35 ans)[10590:10798].

En effet, les hommes ne peuvent pas rester dans la salle, car il s'agit d'une salle commune où toutes les accouchées se retrouvent avec leurs accompagnantes. Celle-ci apparait comme un milieu féminin où chaque accouchée se trouve sur son lit ou à terre avec son enfant entourer des vieilles sans un minimum d'intimité. C'est dans cette salle et après un séjour minimum d'une journée sans plainte que l'accouchée sera libérée. Ce délai d'une journée pour la sortie était souvent réduit à une demi-journée, si toutefois la salle était remplie.

- ***La gestion de la sortie de la maternité***

Après une journée ou demie de séjour à la maternité, si l'accouchée se porte bien, elle doit être libérée. La sortie de la maternité se passe par étape selon notre observation. D'abord, il y a une causerie de groupe ou individuelle qui est faite à l'intention des accouchées. Dans laquelle les consignes sont-elles données sur la suite du suivi postnatal. Ensuite, il y a l'examen de sortie, il s'agit d'un examen gynécologique ainsi que la prise de la Tension artérielle (TA) et la température chez la femme. Chez le bébé, il s'agit essentiellement de contrôler la température. Enfin, c'est le remplissage des différents registres et du carnet de santé de la femme, le paiement des frais de la déclaration de naissance à trois cents francs si la femme le désire sur place, à défaut, elle pourra revenir en cas de besoin avant deux mois.

- ***La stratégie de communication pour un changement de comportement***

En ce qui concerne la causerie de sortie, elle est faite individuellement si le nombre d'accouchées ne dépasse pas deux femmes. Dans ce cas, l'accouchée est reçue en salle de consultation où elle bénéficie de sa causerie et de son examen. Dans le cas contraire, la causerie est faite en salle de suites de couches avec toutes les accompagnantes comme le témoigne cette mère:

« *Ils sont venus dans notre salle devant toutes les accouchées donner ces conseils* » (Entrevue mère 4, 27 ans, 3 enfants et non instruite) [6700:6781].

Les thèmes abordés sont les signes de danger, les soins préventifs, la Consultation postnatale (CPoN), la planification familiale (PF), l'hygiène corporelle et vestimentaire, la prévention du paludisme pour la mère et les soins préventifs: Programme élargi de Vaccination (PEV), Consultation de Nourrissons sains (CNSS), les signes de danger, l'alimentation, les pratiques néfastes (les purges, les gavages, l'introduction d'eau dans l'alimentation de l'enfant avant les six mois et le rejet du colostrum) pour l'enfant. Les signes de danger qui reviennent souvent lors de la causerie pour la mère sont la vision floue ou un bourdonnement d'oreilles, les céphalées intenses, l'hémorragie, la douleur atroce du bas ventre. En ce qui concerne le bébé, ce sont les pleurs incessants, la fièvre et l'ombilic suintant de pus ou du sang et l'incapacité de téter. La présence d'un des signes de danger nécessite un recours au centre de santé sans délai.

Quant aux soins préventifs notamment la consultation postnatale, l'information est donnée de cette manière:

> « *Si vous rentrez dans six jours, il y a un examen et dans quarante-deux jours aussi il y a un examen; celles qui portent des sutures reviennent aussi dans six jours* » (extrait d'une causerie de sortie effectuée par une accoucheuse auxiliaire).

L'accouchée est libérée après cette séance éducative, après que les accompagnantes aient lavé la salle et remis un sachet de savon.

- ***La gestion du postnatal***
  - ***Insuffisance de sensibilisation sur les soins postnatals à la sortie de la maternité***

Les accouchées doivent bénéficier des séances de sensibilisation pour passer une bonne période postnatale. Selon les recommandations de l'OMS, il faut conseiller en matière de soins et d'hygiène, de nutrition, expliquer l'importance de la planification familiale, indiquer quand revenir (consultations ordinaires du postpartum, suivi en cas de complication) et indiquer quels sont les signes de danger.

À la question de savoir si nos enquêtées ont reçu ces consignes à leur sortie, plus de la moitié des mères dans notre échantillon (6/11) ont répondu par la négation. À ce propos le récit de cette mère résume la situation de ces dernières:

> « *Ah, je n'ai pas entendu quelque chose. Ce que je peux dire, ils nous ont dit de laver la maison là avant de partir et c'est ce qu'on a fait »* (Entrevue mère 5, 18 ans, 2 enfants et non instruite) [4271:4411].

Cette absence de causerie a été justifiée en fonction de l'interprétation de chacune, pour certaines c'est parce qu'elles étaient nombreuses en suites de couches, pour d'autres c'est parce qu'il pleuvait beaucoup. Pour celles qui ont dit avoir reçu les conseils, voici ce qui ressort:

> « *Au moment de nous libérer, on nous a dit de payer de l'Omo amené en plus, il est venu regarder l'enfant et nous dire de partir puis de revenir dans trois jours. On nous a conseillés. Ils ont dit que pour le bébé là, de ne pas lui donner de l'eau*

jusqu'à six mois, de ne pas gaver ni purger. Me concernant ils n'ont rien dit » (Entrevue mère 6,18 ans, 1 enfant, non instruite) [5611:5936].

En effet, la plupart des mères qui ont reçu les conseils se rappellent de la planification familiale, de la vaccination et de la pesée de l'enfant.

Bien que certaines se souviennent des rendez-vous du sixième jour, elles le confondent au suivi de l'épisiotomie.

« […].*Quant à toi, si on a cousu, qu'on va te dire de faire bien ta toilette, car si ça ne tient pas ce n'est pas bon avec toi. Six jours après, tu repars pour le suivi, si c'est bon, il va te dire que c'est bon* » (Entrevue mère 3, 22 ans, 2 enfants et non instruite) [8446:8825].

Dans l'ensemble de notre échantillon, elles ont apprécié le bien-fondé de ces conseils comme l'a souligné cette belle-mère:

« […] *Je pense que les conseils sont bons parce que quand nous avons suivi, ça nous a permis d'éviter certaines des maladies à notre bébé. Je me suis investie dans l'élevage du bébé et j'ai respecté parce que je sais que ça va chasser les maladies* » (Belle-mère 3, 60 ans) [6010: 6566].

- ***La reconnaissance des signes de danger liés au post-partum***

À l'unanimité, les mères ont répondu qu'en cas de maladie de l'accouchée ou de l'enfant, elles doivent retourner à l'hôpital. Cependant, la reconnaissance des signes de dangers enseignés pose problème avec les mères. En effet, cinq mères sur les onze ont pu donner au moins un signe de danger lié à la mère et quatre sur onze chez l'enfant. Les signes de dangers qui reviennent souvent pour la mère, c'est la persistance de l'écoulement vaginal de sang.

« *Une accouchée! Certaines accouchées ont des vertiges à la maison, d'autres, c'est le sang qui ne s'est pas arrêté* » (Entrevue mère 11, 32 ans, 5 enfants et non instruite) [6354:6470];

D'autres ont soulevé les douleurs au bas ventre liées à une rétention de sang dans le ventre.

« *C'est, danger pour elle (l'accouchée), aussi s'il y a du reste de sang dans le ventre c'est dangereux* » (Entrevue mère 1, 25 ans,3 enfants niveau CE1) [10765:10851].

Ces signes ont été cités aussi par les belles-mères et les maris en plus du paludisme, la tension artérielle et des infections mammaires comme le confirme cette belle-mère:

« *Il y a beaucoup de signes. Elle peut prendre froid et avoir des frissons, de fois c'est un problème de sein avec inflammation ou abcès appelé traditionnellement (biisimoogo)* » (Belle-mère10, 60 ans) [9676: 9851].

Quant à l'enfant, ses signes de dangers se résument à la fièvre.

« *Quant à l'enfant si tu ne le protèges pas, il va développer de la fièvre, c'est forcé que tu l'amènes à l'hôpital* » (Entrevue mère 3, 22 ans, 2 enfants et non instruite) [12356:12471].

Bien que le centre de santé reste le lieu de recours en cas de signe de danger, il est parfois possible de recourir au traitement traditionnel surtout dans les douleurs au bas ventre chez l'accouchée. À ce propos un mari nous a dit ceci :

« […]. *Certaines accouchées ont mal au bas- ventre, il existe des traitements traditionnels que vous pouvez prendre, mais ça n'exclut pas d'aller à l'hôpital d'abord*' (Entrevue mari 6, 45 ans) [15342:15856].

- **Les représentations et gestions du postpartum à domicile**
  - ***La réclusion sociale***

De retour chez elle, la nouvelle mère est soumise aux pratiques et interdits que lui recommande la communauté. En effet, la prise en charge de l'accouchée à domicile tourne autour de son isolement ou sa réclusion. La réclusion sociale est le retrait de la nouvelle mère

de la collectivité dans laquelle elle vit. Dans notre échantillon, la durée de cette réclusion est de sept jours et elle se termine très souvent par le baptême du septième jour. Pour l'ensemble des mères enquêtées, l'interdit est le même : les nouvelles mères doivent rester à l'intérieur de la cour ou de la case. Toutes les mères enquêtées ont respecté cet interdit en tant que composante de leurs coutumes. Bien que l'ensemble des mères ait respecté, elles n'en connaissaient pas les motivations. Elles disent simplement avoir suivi les recommandations des belles-mères. Pour celles qui tentaient de donner une explication à cette réclusion, les raisons étaient:

« *Ils disent que c'est nos coutumes que chaque accouchée doit rester sept jours sans sortir* » (Entrevue mère 5 ,18 ans, 2 enfants et non instruite) [5380: 5563];

« […].*J'ai pu rester pendant le nombre de jour, car je ne sais pas qu'est-ce qui allait arriver à mon enfant si je sortais* » (Entrevue mère 4,27 ans, 3 enfants et non instruite) [8544: 8807];

«*Avant les sept jours, tu ne peux pas sortir, car tu es toujours faible* » (Entrevue mère 11, 32 ans, 5 enfants et non instruite) [5633 : 5794].

Pour les belles-mères, l'explication se résume aux propos de cette belle-mère:

« *Les sept jours sans sortir chez nous les Mossis là, comme elle vient d'accoucher, c'est un sang nouveau si elle sort et qu'elle rencontre quelque chose. C'est un problème, voilà pourquoi elle doit rester à la maison. Aussi une accouchée ne doit pas circuler n'importe comment, elle doit faire attention au moment* […] » (Belle-mère 3, 60 ans) [7679:8072].

La réclusion est aussi perçue comme source de repos. Elle permettrait à l'accouchée de se reposer et de bénéficier des soins des vieilles personnes. En effet, pendant cette période chaque composante de la communauté a sa part de responsabilité dans la prise en charge de la nouvelle mère. Les vieilles sont chargées de la toilette et du massage de l'accouchée avec de l'eau chaude, les coépouses sont chargées de l'aider dans les travaux domestiques et surtout de s'occuper de son alimentation. Parlant de l'alimentation, la nouvelle mère doit avoir un régime alimentaire spécial dès son retour de la maternité, comme ce mari l'affirme:

« *Quand nous avons été libérés, arrivés à la maison, nous avons fait nos coutumes un peu seulement pas trop. Je pourrais appeler cela notre tradition. C'est une sauce faite de viande que nous avons servie à l'accouchée. Nous croyons que si elle mange cette sauce elle pourrait produire du lait en quantité pour son bébé* » (Entrevue, mari 1, 33 ans) [12628:12948].

Par la suite, son régime doit rester différent des autres membres de la famille pendant la réclusion, car elle doit bien manger pour produire suffisamment de lait pour son enfant. Après la période de réclusion et jusqu'au moment de notre enquête, les mères ne bénéficiaient d'aucune pratique sociale. Elles s'occupaient d'elles-mêmes et de leurs enfants. Si toutes les mères ont pu respecter les pratiques traditionnelles après l'accouchement, qu'en est-il des consignes médicales reçues à la sortie de la maternité?

- **Le respect des consignes médicales et traditionnelles pendant le postpartum**

En ce qui concerne le respect des consignes, la majorité des mères enquêtées ont dit avoir respecté les deux consignes médicales et traditionnelles. Pour celles qui ont respecté, les propos étaient;

« […] *C'était facile de suivre les deux consignes* » (Entrevue, mère 8, 31ans, 3 enfants et non instruite) [5922: 6102],

« *Oui, j'ai pu suivre les deux* » (Entrevue, mère 1, 25 ans, 3enfants, niveau CE1) [10341:10423].

Selon cette belle-mère, la réclusion ne constitue pas un frein au respect des consignes médicales.

« *Nous avons pu suivre les consignes de l'hôpital et les sept jours de rester à la maison. En ce qui concerne les rendez-vous à l'hôpital au court des sept jours la femme peut y aller, car l'interdiction de sortir n'empêche pas qu'on parte à l'hôpital* » (Belle-mère 8, 31 ans) [8803: 9052].

Bien que la réclusion ne semble pas empêcher la nouvelle mère de se rendre au centre de santé pour ses soins postnatals, aucune d'entre elles n'a pu bénéficier de ces soins. Nous y

reviendrons sur les motifs du non-recours aux soins postnatals de nos enquêtées dans la dernière partie.

4.2 Les facteurs familiaux du non-recours aux soins postnatals.

Les facteurs familiaux du non-recours aux soins postnatals s'imbriquent avec les facteurs individuels, mais nous avons voulu les mettre en évidence à travers l'organisation du travail au sein de la famille, les rapports qu'entretiennent les différents membres de la famille ainsi que les processus de prise de décision au sein de la famille.

4.2.1 La charge de travail des mères au sein de la famille

La répartition du travail au sein de la famille est faite en fonction du genre. En effet dans notre échantillon, la plupart des mères enquêtées ont noté leur charge élevée au niveau de la famille. Outre les tâches domestiques qui leur incombent traditionnellement, comme l'approvisionnement en eau et en bois de chauffe, la restauration de la famille et la garde des enfants par exemple, les femmes sont obligées de participer en priorité au travail des champs de leur mari. Comme le soulignent ces propos des mères:

'*Je puise de l'eau, je prépare et je m'occupe des enfants* » (Entrevue, mère 8, 21ans)[6606: 6663].

« *Quant aux récoltes, c'est le chef de famille qui gère. Comme nous avons cultivé ensemble là, […]. Ce que toi, tu as eu dans ton petit champ à côté-là, c'est toi qui gères ça sinon le commun là, tu ne peux rien faire là-bas* » (Entrevue, mère 3, 22 ans) [15923:16296].

Ces nombreuses activités dédiées à la femme contribuent très souvent au non-recours aux soins postnatals, surtout si elle n'a pas quelqu'un qui peut l'aider.

4.2.2 *Les relations qu'entretiennent les membres de la famille*

Les relations que les mères entretiennent avec les différents membres de leur famille peuvent entraver le recours aux soins postnatals. Il s'agit notamment de la relation mari et femme et surtout de celle de la belle-fille et la belle-mère.

a) La relation entre mari et femme

Dans les ménages enquêtés, les liens qui existent entre les membres de chaque famille sont des liens de mariages et d'amitiés. Dans la majorité des mères enquêtées leur mariage a

été arrangé par les deux familles. C'est grâce à l'amitié qui existe entre les deux chefs de famille que la jeune fille est donnée à un ami dans une famille en mariage comme le souligne cette mère:

> *« Rire, rire dans le cadre du mariage ou bien, c'est prendre donner en mariage que tu demandes. C'est mon père qui m'a donné en mariage »* (Entrevue, mère 11, 32 ans, 5 enfants et non instruite) [7305: 7439].

Cela est confirmé par ce mari :

> «*Chez nous les Mossis, c'est comme ça, c'est le bien fait que ton ami peut prendre sa fille te donner pour que tu te maries ou que tu donnes à ton enfant. C'est le vieux qui me l'a donné* » (Entrevue, mari 4 ,42 ans)[12737:12923].

Cette forme d'union oblige la femme à bien se conduire et surtout à se soumettre à son mari pour ne pas déshonorer son père, voir sa famille. La relation mari – femme se traduit par les réponses comme:

> « *C'est bien, nous nous entendons bien* » (Entrevue mère 2, 35 ans,4 enfants et non instruite) [8354 : 8391];
>
> « *Ah! Rire, notre relation, elle est bonne*» (Entrevue mère 1, 25 ans, 3 enfants niveau CE1) [12208:12250],
>
> « *Ah, nous sommes assis* ensemble *là et nous mettons des enfants au monde. C'est bien* » (Entrevue mère 5, 18 ans, 2 enfants et non instruite) [7100 : 7183].

Cependant, cet avis n'est pas partagé par les maris qui trouvent que de fois, il n'y a pas d'entente dans le foyer comme le témoigne ce mari :

> *« La vie c'est comme ça, de fois c'est bon et parfois c'est difficile. Parfois nous faisons des bagarres et chacun est fâché, mais après ça passe sans que quelqu'un ne sache et nous vivons sans problème parce que même dans la vie intime de couple si vous faites bagarre c'est difficile que vous viviez votre vie de couple»* (Entrevue, mari 4,42 ans)[12982:13303].

Une mauvaise relation du couple pourrait influencer négativement la demande de soins postnatals, car très souvent la femme a besoin de l'accord du mari avant d'utiliser le service. Aussi, cette relation mari- femme qui semble être appréciée par les femmes laisse entrevoir leurs soumissions à leurs maris qui restreignent en quelque sorte leur liberté d'action.

b) La relation entre belle-fille et belle-mère

Les relations entre la belle-fille et sa belle-mère sont à l'image de celle du mari et la femme même plus. La femme doit beaucoup de respect envers ses beaux- parents. Les relations interpersonnelles dans les familles sont régies par le droit d'aînesse, les jeunes filles comme les jeunes femmes doivent respecter les plus âgés. La belle-fille pour s'intégrer dans la famille doit bien collaborer avec sa belle-mère, car c'est elle qui est la dépositaire du savoir traditionnel. L'éducation de la jeune mariée à la vie de couple ainsi que la résolution des différends entre mari et épouse lui sont souvent confiées. Dans notre étude, la majorité des mères enquêtées disent entretenir de bonnes relations avec leurs belles-mères.

> « *Avec les belles-mères, nous vivons bien quand il y a la santé sauf en cas de maladie, il n'y a pas de problème* » (Entrevue, mère 1, 25ans, 3 enfants, CE1) [12322:12432].

Selon cette même mère s'il arrivait une mésentente avec les beaux-parents.

> « *Ah oui? Si ça arrive (mésentente), tu sais comment tu vas parler. Ah, rire si ça arrive comme c'est tes beaux-parents, tu vas t'asseoir avec eux parlez, comme, il se doit pour arranger* » (Entrevue mère 1, 25 ans, 3 enfants niveau CE1) [12528:12698].

Cet état de fait, peuvent influencer l'utilisation des soins postnatals, car cela dépendra de l'attitude de la belle-mère à l'égard des structures de santé. Si la belle-mère a un plus grand accord avec les pratiques traditionnelles, elle pourrait susciter un non-recours aux soins postnatals à sa belle-fille.

4.2.3 Les prises de décision, la gestion des ressources et des soins au sein de la famille

Le non-recours aux soins postnatals est parfois conditionné par la dynamique du pouvoir au sein de la famille. Pour mesurer ce pouvoir dans notre étude, nous nous sommes penchés sur le pouvoir décisionnel et le contrôle des ressources familiales.

4.2.3.1 Le processus décisionnel relatif à la santé maternelle et néonatale

Le lieu de prise de décision est l'environnement social immédiat de la femme, au sein duquel le beau-père, la belle-mère et l'homme (conjoint) occupent une place centrale. Très souvent, il s'agit du conjoint, car au-delà du pouvoir économique qui lui permet d'assurer les dépenses de prise en charge des cas, c'est toute son autorité en tant que chef de famille qui se trouve aussi interpellée s'agissant de la santé maternelle et néonatale. Parfois, sa femme le saisit directement ou elle passe par l'entremise de sa belle-mère surtout en cas d'accouchement et des soins postnatals. Comme le souligne cette mère que nous avons rencontré:

> « *Si mon enfant est malade, je dis à mon mari et lui, à son tour, il dira au beau père que sa femme a dit que son enfant est malade. Les deux viendront alors te demander, tu vas raconter et ils concluront que si c'est comme ça je peux l'amener à l'hôpital* » (Entrevue, mère 3, 22 ans, 2 enfants et non instruite) [14521:14761].

Cet avis est partagé par les maris et les belles-mères

> « *C'est son mari qui a dit de l'amener à l'hôpital parce que c'est vous qui voulez que ça soit comme ça. Si le mari n'est pas là et qu'il y a une vieille, elle peut aussi dire de l'amener à l'hôpital, car l'aide se trouve là-bas* » (Belle-mère 10, 60 ans)[4165: 4392].

Les vieilles (belles-mères) interviennent très souvent.

> « *S'il s'agit d'une femme en enceinte ou un problème d'accouchement, c'est la belle-mère qui va se mettre devant* » (Entrevue, mère 1, 25 ans, 3 enfants, niveau CE1)[14096:14243].

Le pouvoir décisionnel du mari est justifié par le fait qu'il est le chef du ménage selon les mères. Cela nous a été signalé par rapport à un enfant malade. Selon cette mère :

> « *C'est le chef de famille qui décide parce que c'est son enfant. C'est notre enfant, mais c'est pour lui plus que pour moi. Comme nous avons laissé la cour de nos parents pour venir ici c'est ça quoi*» (Entrevue, mère 11, 32 ans, 5 enfants et non instruite) [8687: 8886].

> Cependant, dans certaines situations la mère peut décider d'amener son enfant à l'hôpital.

> « *Si l'enfant est malade, c'est toi qui dois aller seulement soigner ton enfant. Tu n'as pas besoin que les gens se réunissent pour décider que tu ailles soigner ton enfant* » (Entrevue, mère 6, 18 ans, 1 enfant, et non instruite) [10149:10428].

Dans les familles où les parents du mari sont présents, ils sont impliqués dans les prises de décision.

> « *S'il y a une décision à prendre, ça passe par le grand-père, le père, la belle-mère avant de nous parvenir. Ça suit comme ça parce que c'est ainsi depuis*» (Entrevue mère 8, 31 ans, 3 enfants, et non instruite) [6834 : 6981].

En sommes, les hommes sont les principaux acteurs de prise de décision pour le recours aux soins postnatals. La décision revenait à la mère dans de rares cas. Le processus de décision respectait le droit d'aînesse, mais le dernier mot revenait au mari. Cela pourrait constituer une entrave au recours aux soins postnatals, si c'est le mari seul qui doit supporter les dépenses.

4.2.3.2 La gestion des ressources et le financement des soins

a) La gestion des ressources de la famille

Dans l'ensemble de notre échantillon, la gestion des ressources est réservée aux chefs de famille, c'est-à-dire les maris.

« *C'est le mari qui gère les ressources, la femme ne peut pas gérer* » (Entrevue mère 2,35 ans, 4 enfants et non instruite) [10077:10143].

Dans les familles où le chef de famille est une femme, c'est elle qui assure cette gestion.

« *Nous avons un champ commun et chacun a son petit d'arachide. Pour le mil, c'est la belle-mère qui gère, mais les petits champs, chacun gère pour lui. C'est la vieille qui gère parce que mon mari n'est pas à la maison et, il ne cultive pas avec nous* » (Entrevue, mère 7, 23 ans, 2 enfants, niveau CM1)[9549: 9798].

Cependant, dans les grandes concessions où les beaux parents vivent toujours et les champs ne sont pas séparés, c'est au beau-père que revient cette gestion.

« *Les ressources sont gérées par le grand-père parce que c'est comme ça depuis. La gestion du grand-père, c'est comme si c'est la grand-mère qui gérait »* (Entrevue, mère 8, 21ans, 1 enfant, non instruite) [8806 : 8957].

La gestion des ressources par le mari a été justifiée par la majorité des mères et des belles-mères par le fait qu'il est homme et que la femme lui appartient.

« *C'est le chef de famille qui gère. Vous parlez des récoltes là non, après la récolte l'homme cherche un endroit où stocker pour bien garder et c'est lui qui gère parce que comme il est homme et c'est lui qui connait tout. C'est lui qui peut bien gérer. Si c'est nous les femmes, nous ne pouvons pas bien gérer à cause de nos enfants* » (Entretien belle-mère5, 47 ans) [14187:14522].

Malgré, que la gestion ait été donnée aux maris en cas d'absence, la femme est autorisée à se servir, comme l'explique ce mari:

« […]. *Moi et mes femmes là, c'est moi qui gère le grenier, mais c'est comme ce que je disais. Si je suis absent, les femmes peuvent enlever le mil à mon absence. Elles ne font que gaspiller les récoltes et en saison pluvieuse nous sommes souvent*

en rupture. Les femmes ont le droit d'enlever le mile en mon absence» (Entrevue mari 2,47ans) [24807:26449].

Tout comme le pouvoir de décision, la gestion des ressources reviennent en plus aux hommes. Ce sont eux qui décident, car ils disposent des moyens donc les mères sont tenues à chaque fois qu'elles veulent recourir aux services de santé de les informer pour avoir leurs accords.

b) Le financement des soins

Une femme doit être avant tout une mère ! mais d'abord, une épouse ou une fille, et elle doit toujours être une personne à charge. Ce sont les normes communément admises dans la société mossi. Ainsi, dans l'esprit des mères, les dépenses et coûts de santé doivent être supportés par les hommes notamment par les maris et les beaux-parents.

« Ce sont les hommes seulement. Nous appartenons aux hommes donc s'il y a un problème c'est eux qui doivent le résoudre parce que c'est eux qui nous ont amenés ici. Tu ne peux pas te lever, taper ta poitrine pour résoudre un problème sans passer par eux, ce n'est pas possible » (Entretien belle-mère 2,70 ans) [9425: 9695]

Cette tâche est bien connue par chaque homme qui se dit être chef de famille et responsable, comme l'affirme ce dernier :

«*Ce sont les femmes qui ont quitté leurs domiciles nous rejoindre, à moins que ça soit grave les femmes ne doivent pas intervenir dans le payement des soins*» (Entrevue, mari 9,49 ans) [13526:13690].

La gravité dont parle notre répondant n'est pas forcément relative à la maladie, elle pourrait être liée à la situation économique de ce dernier. En effet, il arrive de fois que, malgré la volonté du chef de famille, il soit dans l'incapacité d'honorer les charges en matière de santé des membres de son ménage. Dans une telle situation, divers mécanismes sont utilisés pour résoudre le problème. D'abord, il y a l'aide de la famille nucléaire à savoir les beaux-parents et les frères de celui-ci.

« […].*Si c'est nous les belles-filles et les enfants, c'est nos maris d'abord ensuite le beau-père* » (Entrevue mère 1, 25 ans, 3 enfants et non instruite) [14992:15172].

Ensuite, dans certaines situations d'urgence une solidarité se crée pour aider un chef de ménage qui est en cours de moyens financiers. Dans ce cas, certains membres de la famille peuvent contribuer à soutenir les coûts des soins :

« La concession que vous voyez comme ça là, c'est chacun avec son ménage. En cas de maladie si les géniteurs n'ont pas de l'argent, les beaux-parents, et les frères vont se voir pour aider à soigner le malade. C'est les hommes qui s'impliquent, c'est comme ça, parce que la cour les appartient ainsi que nous même » (Entrevue, belle-mère 8,51 ans) [13074:13386].

Enfin, il y a l'implication des femmes dans le financement de la santé. Dans cette étude, les mères reconnaissent que les coûts des soins relèvent de la responsabilité de l'homme. Cependant, il arrive de fois que la femme participe aux paiements des soins soit sous forme de prêt que son mari doit rembourser par la suite, soit sous forme d'aide pour la bonne marche de la famille.

« *Si l'homme n'est pas à côté, c'est nous qui payons les médicaments et il nous rembourse à son retour. S'il en a, il nous rembourse, mais s'il n'en a pas ce n'est pas grave* » (Entrevue mère11, 32 ans, 5 enfants et non instruite) [8975: 9146].

« *C'est comme ça que nous nous entraidons. Le coût des soins incombe aux hommes ! Si l'homme est malade ou il n'en a pas, nous les femmes, nous allons les aider […*]» (Entrevue, mère 4,27 ans, 3 enfants et non instruite) [847 : 1128].

La participation aux paiements des soins par les femmes n'est pas acceptée par toutes. En effet, certaines d'entre elles renoncent à cette tâche. Pour les hommes, celles qui s'y adhèrent ont un niveau d'intelligence élevé qui leur permet d'agir de la sorte.

« […] *Il y a certaines femmes qui s'impliquent; ça dépend de leurs niveaux d'intelligence! La capacité de raisonner diffère d'une femme à l'autre. Les unes diront que c'est votre fils, si vous ne voulez pas le soigner laissez-le! Si je dois partir,*

je rentre seule. Les femmes qui ont gardé cette version des choses c'est grave seulement » (Entrevue mari 2, 47 ans) [23610:24724].

Quant à celles qui renoncent, elles se justifient par le fait de leur dépendance à l'homme, c'est de l'avis de cette mère

« *Ce sont les pères des enfants qui payent; comme les enfants les appartiennent, nous ne pouvons pas les braver leurs décisions. (Rire)* » (Entrevue mère 11, 32 ans, 5 enfants et non instruite) [9399 : 9517].

En résumé, le paiement des coûts de santé notamment la santé maternelle et néonatale incombe aux hommes (maris et beaux-parents). Dans les grandes concessions, chaque chef de ménage s'occupe de la santé de ses membres, mais en cas de problèmes financiers d'un chef de ménage un système d'aide est organisé au sein de la famille pour supporter les frais des soins.

Les femmes s'impliquent uniquement en cas de défaillance des hommes sous prétexte qu'elles sont sous la dépendance de ceux-ci. Cette conception peut entraver le recours aux soins postnatals, si les femmes doivent chaque fois attendre tout des hommes.

4.3 Les déterminants du non-recours aux soins postnatals liés aux services de santé

Le non-recours aux services de soins postnatals est en lien avec les caractéristiques des services de santé telles que l'accessibilité et la qualité des soins. Dans cette partie nous présenterons les résultats portant sur l'accessibilité géographique et financière ainsi que de l'organisation des services et la qualité des soins selon les usagers.

4.3.1 L'accessibilité des services de santé

Les facteurs majeurs qui empêchent les populations d'utiliser les services de santé sont la distance qui les sépare des centres de santé et les moyens financiers. Dans notre étude, nous avons abordé cette question d'accessibilité des services en termes de contraintes pouvant empêcher ou retarder l'utilisation des services de soins postnatals.

4.3.1.1 L'accessibilité géographique aux structures de maternité

- ***L'éloignement et le mauvais état des routes***

Au Burkina Faso, la distance qui sépare la population au centre de santé constitue toujours un handicap pour son utilisation (Lompo, 2013). En effet, des efforts sont faits chaque année

dans l'accroissement du nombre des formations sanitaires. Certes, la répartition reste inégale à l'intérieur du pays de telle sorte que les populations sont éloignées des lieux de soins. En plus de cela, les infrastructures routières sont presque inexistantes. Certains villages sont séparés des centres de santé par des basfonds ou des cours d'eau rendant difficile le passage. D'autres disposent de pistes qui sont défectueuses et impraticables en toute saison. Dans notre étude, la majorité des participantes résidantes entre cinq et dix kilomètres de la formation sanitaire a évoqué l'état des routes surtout en saison pluvieuse,

> « *C'est la voie seulement qui nous fatigue ! Sinon, je ne vois pas d'inconvénient parce que les cultures des saisons pluvieuses c'est si tu es en bonne santé que tu cultives ton champ* » (Entrevue, mère 3, 22 ans, aucun niveau, 2 enfants) [16815:17087].

Cette contrainte liée à l'état des routes n'est pas perçue de la même manière par nos enquêtées. Pour certaines mères l'état de santé prime,

> « *La voie n'est pas bonne, mais si c'est une obligation tu pourras partir. Sinon la voie n'est pas bonne à cause des camions* » (Entrevue, mère 7, 23ans, niveau CM1, 2 enfants) [10339:10462].

Cette vision est partagée par les belles-mères et les maris,

> « *Zitenga est loin d'ici et la voie n'est pas bonne, cela ne nous empêche pas d'y aller, mais on tombe plusieurs fois sur la route avant d'arrivée. Surtout après une pluie la voie est glissante, mais on va tomber et se relever jusqu'à l'arrivée* » (Entrevue, belle-mère 7,39ans) [14640:15011].
>
> *« La voie est une contrainte pour nous qui sommes ici et ceux de derrière là, après une pluie, le bas-fond que vous avez traversé, souvent nous avons amené des femmes enceintes à ce bas-fond-là, mais pour traverser c'est difficile. On est parfois amené à le contourner là-bas, aussi c'est la traversée des rails à moto qui pose problème. Je n'ai pas vu, mais des femmes ont accouché au bord du basfond parce qu'on ne pouvait pas traverser et que l'accouchement était imminent » (Entrevue mari 2, 47 ans) [27681:28152].*

Bien que la formation sanitaire dispose d'une ambulance pour le transfert des femmes en maternité, certains villages restent inaccessibles,

> « *En venant, vous avez vu notre bas-fond si tu appelles l'ambulance et elle vient rester là-bas, tu n'es pas tranquille si elle vient prendre ton malade et au retour elle s'enfonce ces pareilles. Notre voie n'est pas bonne* » (Entrevue, mari 6,45 ans) [22203:22732].

L'accessibilité géographique constitue un véritable problème dans les deux villages situés au-delà de cinq kilomètres surtout en saison pluvieuse. Même si la distance qui les sépare de la formation n'est pas un obstacle majeur, l'état des routes aux yeux de nos enquêtées demeure la contrainte la plus déterminante. Ce qui peut motiver le non-recours aux soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga. Une autre contrainte occasionnant le non-recours est le coût des soins. Il s'agit des coûts directs et indirects liés aux soins.

4.3.1.2 L'accessibilité financière comme facteur explicatif du non-recours aux soins postnatals dans un contexte de gratuité.

L'un des champs d'investissement du revenu des ménages est la santé. Celui-ci est un déterminant majeur de l'utilisation des services de santé notamment des soins postnatals (Niang 2014). En effet, le facteur majeur qui empêche les populations d'utiliser les structures de santé est le manque de moyens. Cela est ressorti de l'entretien avec les mères de même qu'avec les maris et les belles-mères,

> « *L'argent constitue un problème, s'il y a manque d'argent même s'il va emprunter, celui à qui tu appartiens va savoir quoi faire pour que tu retrouves la santé* » (Entrevue, mère 3, 22 ans, 2 enfants et non instruite) [17111:17269].

Les différentes stratégies d'accès aux ressources par les familles dans un contexte marqué par la pauvreté impliquent des coûts sociaux souvent désastreux sur l'estime de soi des femmes, les obligeant à dévoiler leur intimité familiale et la situation de pauvreté dans laquelle elles vivent pour emprunter ou demander de l'argent (Samb, et al., 2013). Cette situation peut empêcher une mère de recourir aux soins.

« *L'argent constitue une contrainte d'accès au centre de santé. Si tu n'as pas l'argent, tu peux laisser attendre jusqu'à demain voir* » (Entrevue, mère 4, 27ans, 3 enfants et non instruite) [14569:14701], ou

« *Parfois tu es contrainte de retarder ton départ pour mobiliser de l'argent avant d'y aller dans la soirée* » (Entrevue, mère 1, 25 ans, 3 enfants niveau CE1) [16025:16131].

Pour la majorité enquêtée, l'inaccessibilité financière est vue en termes de coûts directs (achat des médicaments) et coûts indirects comme le signal, ses répondants:

« *L'argent dépend de tes médicaments. Parfois, tu peux payer très cher les médicaments* » (Entrevue mère 8,21 ans, 1 enfant, non instruite) [9453:9537],

« *Je parle de l'argent là, c'est pour le carburant, la restauration, ce n'est pas les médicaments le problème. Il y a de petites dépenses qui se passent et si tu les rassembles tu verras que c'est beaucoup* […] » (Entrevue mari 7, 21 ans) [10368:10650].

En somme, l'accessibilité financière est perçue par nos enquêtées comme un obstacle majeur à l'utilisation des services des soins postnatals. Bien qu'il existe une politique de gratuité, les enquêtées affirment que certains médicaments ne sont pas disponibles dans les Dépôts de Médicaments essentiels génériques (DMEG) et très souvent ils sont obligés de payer au niveau de la pharmacie de dehors. Quant aux coûts indirects, de l'avis de la majorité des enquêtées, ils sont élevés et peuvent constituer un frein à l'utilisation des soins postnatals.

En dehors de l'état des routes et le manque de moyen financier, le moyen de transport ne semble pas constituer un problème majeur. Les mères se déplacent à moto ou vélo et très rarement à pied, avec l'effet de solidarité le vélo peut être emprunté facilement dans une cour voisine en cas de besoin.

4.3.2 La qualité des soins

La qualité des soins renvoie à des caractéristiques des soins médicaux qui se manifestent à travers plusieurs éléments tels que : l'aspect technique des soins, la continuité des services, les relations interpersonnelles entre patientes et soignants et les aspects organisationnels des services. Dans cette partie nous présenterons l'organisation du service et la qualité de soins selon les usagers.

4.3.2.1 L'organisation du service

La façon dont est organisée l'offre des services de soins postnatals peut être un obstacle à son utilisation.

a) La répartition des postes et la description des tâches au sein de la maternité

L'organisation du service mise en place influence la qualité des soins (Jaffré et al., 2003). En effet, le respect d'une répartition des postes et d'une description des tâches permet le gain du temps et, d'éviter les chevauchements pendant l'exécution des activités. Cependant, dans certaines formations sanitaires cela existe, mais elles ne sont pas appliquées. C'est le cas de la maternité de Zitenga comme le souligne cet agent :

> *« Bon, il n'y a pas de rôle spécifique comme ça, hein, c'est bien vrai qu'il y a une répartition des tâches, mais bon tout le monde fait un peu tout hein […] »* (Entretien SA4, 33 ans et 6 ans d'ancienneté) [2995:3639].

Le non-respect de la répartition des postes de travail a occasionné l'usage d'une salle pour toutes les activités. De sorte que, les malades, les femmes enceintes venues pour CPN et les accouchées venues pour la CPoN se côtoient tous les jours dans la même salle. Cette manière de travailler peut occasionner un allongement du temps d'attente des mères et influencer négativement sur la qualité des soins postnatals (Nassiri, 2013).

b) Le programme des soins postnatals

D'après notre observation, le programme des activités est divisé en trois temps, la matinée de sept heures trente minutes à douze heures trente, la permanence continue jusqu'à dix-sept heures ensuite la garde qui dure quatorze heures trente (17 h à 7 h 30) les jours ordinaires et de vingt-quatre heures les week-ends (8 h à 7 h 30). Deux agents s'occupent de la matinée et un pour la garde comme la permanence. Le paquet minimum d'activité se compose

essentiellement de la prise en charge des malades, de la consultation prénatale et postnatale, de la consultation de nourrissons sains (CNRS) des accouchements, de la planification familiale, du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition des enfants, des soins après avortement, etc.

En ce qui concerne la consultation postnatale, elle a lieu tous les jours, mais les matinées. À ce propos cet agent de santé donne des précisions :

> « *C'est chaque jour seulement, il n'y a pas de programme. Il n'y a pas de jour, mais il y a des heures. C'est la matinée seulement; nous, on ne prend pas à la permanence et le soir. C'est le matin seulement même dimanche* » (Entretien SA4, 33 ans et 6 ans ancienneté) [7439 : 7665].

Il n'est donc pas possible pour la femme d'obtenir des soins si elle se présente l'après-midi ou pendant une garde. Or, la disponibilité et la continuité des services de santé sont des facteurs qui influencent le recours ou non aux soins postnatals (Yaffré et al., 2003). Une discontinuité des services occasionne des rendez-vous manqués et la non-réception des soins (Warin 2010). Bien que la consultation postnatale soit menée tous les jours, sa programmation uniquement les matinées cause un problème quant à son utilisation effective par les mères qui habitent un peu loin. Ces dernières peuvent se décourager de peur de ne pas pouvoir arriver au centre avant la descente comme le résume ce personnel de santé :

> « *D'autres vont te dire que je me suis levée en venant, j'ai eu une crevaison et j'ai fait demi-tour ou bien c'est loin je n'ai pas eu quelqu'un pour me remorquer, je ne suis pas venue* » (Entretien AS 3, 38 ans, 9 ans d'ancienneté) [4992: 5314]

Dans cette étude, l'aspect technique de la consultation postnatale n'a pas été abordé, nous nous sommes limités à l'interaction entre les agents de santé et les bénéficiaires à la sortie de la maternité.

c) L'aspect technique des soins postnatals

La CPoN se résume à l'accueil, l'examen du couple mère-enfant et les conseils comme le souligne ce personnel de santé que nous avons rencontré.

« *D'abord, c'est l'accueil; et maintenant pour la consultation proprement dite, il y a l'examen du nouveau-né et l'examen de la maman aussi, c'est la recherche des œdèmes et des complications en plus de ça il y a l'IEC* » (Entretien SA4 ,33ans et 6 ans d'ancienneté) [5123:5934].

L'accueil et la prise en charge des soins postnatals comme décrits par le personnel de santé font ressortir un aspect de routine où les agents répètent les mêmes gestes tous les jours dans la même salle sans un canevas à suivre. Cet état de fait pourrait susciter un manque d'intérêt pour les pauci pares ou les multipares qui en ont l'expérience de cette consultation. Une bonne prise en charge du couple mère-enfant nécessite un renforcement des compétences des agents de santé(Nassiri, 2013). À cet effet, les agents de santé ont affirmé n'avoir pas reçu de formation spécifique sur la prise en charge des soins postnatals. Quant aux formations continues, elles s'intéressent plus à l'accouchement, l'utilisation du partographe et le postpartum immédiat comme le souligne ce personnel de santé :

« […] *Oui (supervision), le remplissage du partographe, l'accouchement ; ils ont supervisé une femme qui accouchait, ils ont supervisé un accouchement. Ils sont tombés sur un accouchement, ils ont supervisé la mise au sein et le postpartum immédiat ils n'ont pas fait les six heures, mais deux heures […]* » (Entretien AS1, 30 ans et 6 ans d'ancienneté [13545:14400]

La supervision sur le postnatal se limite seulement à la vérification du registre de CPoN.

d) La disponibilité du matériel médicotechnique

L'existence d'infrastructure et d'équipement adéquats est une condition indispensable pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle en général et particulièrement les consultations postnatales. Dans cette étude, les agents de santé affirment que certains matériels sont disponibles et en bon état mais d'autres en manquent comme le résume cet agent :

« *Le matériel médicotechnique oui ça; ça va maintenant ; le problème c'est au niveau des tables d'accouchement, on n'a pas assez de tables d'accouchement. Souvent les femmes sont nombreuses, l'accouchement ce n'est pas facile, deux*

femmes peuvent accoucher ensemble et une autre parturiente est en train de pousser, ce n'est pas facile. Voilà, on a deux tables et l'une est petite et l'autre table là est grande donc les femmes de petite taille ne peuvent pas monter facilement. C'est maintenant qu'on vient d'avoir un escabeau là. Il n'y avait pas assez d'escabeaux. Les boîtes d'accouchements sont de bonne qualité en nombre suffisant maintenant ce qui manque, c'est le matériel d'AMIU complet plus les pinces à retrait Jadelle. On n'a pas de chariot et plateau, les lits sont insuffisants avec des matelas délabrés. Il n'y a pas assez de place, on n'aurait souhaité avoir plus de place et plus de lit ».(Entretien AS 2, 35 ans et 6 ans d'ancienneté)[1019:1913]

Pour d'autres, il n'y a pas d'équipement de bureau au sein de la maternité :

« *Les équipements de façon générale ! Équipements de bureau n'existent pas, il n'y a pas d'équipement de bureau. Il y a des chaises, des tables. […]* » (Entretien SA4, 33 ans et 6 ans d'ancienneté) [926:1402].

Nous avons observé le matériel médicotechnique utilisé dans la consultation postnatale afin d'apprécier leur disponibilité. En effet nous avons remarqué que la maternité dispose d'une pèse, d'une pèse bébé, d'un tensiomètre. Ce nombre ne permet pas sans doute d'équiper trois postes de travail (CPN, PF, CPoN), alors qu'il est nécessaire d'avoir une salle équipée pour les soins postnatals. Bien que les agents de santé n'aient pas relevés l'insuffisance de ce matériel, nous pensons que cela pourrait expliquer l'utilisation d'une seule salle pour toutes les activités dans cette maternité.

4.3.2.2 La qualité de soins selon les usagers

Dans cette partie nous présenterons les résultats en rapport avec les opinions des usagers sur l'utilisation des soins maternels et néonatals et les motifs du non-recours aux services de soins postnatals.

1. *Les opinions des usagères sur l'offre des soins*

a) L'accueil des usagères

Il varie selon les agents de santé rencontrés. En effet, dans la formation sanitaire qu'elles fréquentent, les mères ont des avis partagés concernant leur accueil. Certaines estiment qu'elles sont bien reçues comme l'affirme cette mère :

> *« L'accueil, ça va, nous sommes satisfaits »* (Entrevue mère 6,18 ans ,1 enfant, et non instruite) [13216:13257].

D'autres pensent qu'il varie en fonction de l'agent en place, dans ce cas nous avons des propos tels:

> « *Quant à l'accueil ah c'est n'est pas tous les agents de santé. Certains agents si tu arrives, ils t'emmerdent* » (Entrevue mère7, 23 ans, 2 enfants, niveau CM1) [10724:10824],
>
> « *Parfois, à l'hôpital, ils peuvent être fatigués et ils font bagarre avec tout le monde* » (Entrevue mère1, 25 ans, 3 enfants, CE1)[17350:17437].

La qualité des services de santé passe par un bon accueil, car il est un facteur déterminant pour la suite des soins à donner. Les mères qui se sentent mal reçues lors de leur accouchement ne reviendront plus au centre de santé sauf en cas de force majeure. En conséquence, les soins préventifs peuvent être délaissés, car n'étant pas primordiaux.

b) Les comportements et les attitudes des agents de santé selon les usagères

Les attitudes et comportements des agents peuvent influencer négativement le recours aux soins postnatals. En effet, les agressions verbales ou physiques, les manques de considération et certains comportements qui favorisent les unes par rapport aux autres (Jaffré et al., 2003) font que les mères s'éloignent de plus en plus des formations sanitaires. Parler des attitudes et comportements du personnel de santé est un sujet souvent compliqué pour les usagères dans les zones rurales. Dans notre étude, la question portant sur leurs relations avec le personnel de santé pendant le séjour des accouchées à la maternité n'a pas été facile durant la collecte, car les mères se réservaient d'en parler. La plupart de leurs propos se résumaient à ceux-ci :

« *Ils nous ont bien entretenus* » (Entrevue mère 8,21 ans, 1 enfant, non instruite) [4899:4928],

« *L'attitude des soignants c'était bien* » (Entrevue mère 7,23 ans) [5049:5085] ou « *Leurs attitudes n'étaient pas mauvaises* » (Entrevue mère3, 22 ans, 2 enfants, non instruite) [9163:9203].

Les mères comme les maris ainsi que les belles-mères avaient presque le même langage quant à leurs passages à la maternité.

« *Moi, je ne peux pas dire que l'attitude des agents de santé était mauvaise parce qu'après l'accouchement ma femme et mon bébé étaient en bonne santé; donc je ne peux rien dire. Leur attitude était bonne, voilà pourquoi ça s'est bien passé* » (Entretien mari3, 28 ans).

Certaines mères ont souligné que les comportements des agents de santé différaient d'une personne à l'autre. Du point de vue des répondants, il y a une catégorie de personnel irréprochable.

*« Un agent de santé peut être doux, il cause doucement avec toi, dans la salle d'accouchement, et adoucit ton cœur pendant l'accouchement. Ceux qui te parlent doucement peuvent te calmer, te flatter malgré la douleur jusqu'à ton accouchement et tu peux ne pas trop ressentir la douleur. Après ton accouchement, il peut continuer à causer avec toi, jusqu'à te déplacer, puis repasser de temps à autre te voir, mais c'est tous les agents qui font comme ça ». (Entretien mère 1,*25 ans, 3 enfants, niveau CE1) *[7938-8579]*

Par contre, certains agents sont tout à fait le contraire des premiers selon cette même mère :

« Il y a d'autres, tu vas partir l'appeler, il va te dire d'aller attendre que lui, il ne va pas se lever tout de suite, ou bien que ce n'est pas lui qui va venir sortir le bébé avant son heure de sorti. De fois on ne les accuse pas trop comme ça, mais souvent si tu es énervé c'est un problème » (Entrevue mère1, 25 ans, 3 enfants, niveau CE1) [17033:17349].

« [...], *il y a d'autres si tu ne fais pas attention, tu peux t'énerver jusqu'à vouloir faire la bagarre avec ces derniers. Il y a d'autres agents de santé pendant l'accouchement, ils haussent le ton sur toi, te demandent de faire plusieurs choses à la foi* ' (Entrevue mère1, 25 ans, 3 enfants, niveau CE1) [7678:8262].

La lenteur des agents de santé dans la prise en charge des patients a aussi été soulevée par les maris en ces termes:

« […] *Bon, les gens ne sont pas les mêmes, si tu dis que c'est ceci, c'est cela, tu risques d'être un menteur. Sinon, j'ai tout vu, des agents qui sont pressés, j'ai vu, ceux qui ne sont pas pressés, j'ai vu. J'ai pensé que chacun a son rythme et je n'ai pas pris ça du mauvais côté. Donc il y a des agents qui sont lents et d'autres, rapides dans le travail* » (Entrevue mari10, 47 ans) [14983:15581].

Bien que les comportements des agents de santé ne semblent souvent pas avoir l'assentiment des répondants, nous avons remarqué qu'ils étaient gênés d'aborder ce sujet. En fait, nous avons observé une certaine prudence dans les réponses de nos interlocuteurs.

« *Nous ne pouvons pas dire qu'un agent de santé a une mauvaise attitude, car il nous a sauvés, quel que soit ce qu'il va te faire tu ne peux pas dire qu'un agent de santé a une mauvaise attitude* » (Entretien belle-mère10, 60 ans) [7622: 7813].

En effet, en milieu rural, la population n'aime pas parler en mal des agents de santé. Cela pourrait être lié à leur profession, chacun pense qu'un jour, il aura besoin de leurs services. Ce qui fait que la majorité de nos répondants pensent que tout ce que les agents de santé font c'est bien, l'essentiel est d'avoir les soins comme l'a dit ce mari :

« *Si tu pars à l'hôpital et tu retrouves ta santé, tu n'as rien à dire des comportements et attitudes des agents de santé* » (Entrevue mari3, 28 ans) [19873:19993].

Une telle vision des enquêtés pourrait influencer l'utilisation des services de santé surtout celle des soins préventifs où souvent les bénéficiaires ne perçoivent pas l'obligation d'y aller.

c) *Le fonctionnement du service selon les usagères*

En plus des comportements et attitudes du personnel de santé, nous avons exploré le fonctionnement du service avec nos répondants notamment les heures d'ouverture, la communication interpersonnelle et la politique de gratuité.

- ***Des heures d'ouverture non satisfaisantes***

Le respect des heures de service permet de diminuer un temps soit peu les longues attentes, mais aussi de prendre en charge certaines urgences obstétricales. Le retard dans l'ouverture de la formation sanitaire constitue un frein à son utilisation. La plupart des mères enquêtées trouvent que l'accès aux soins dépend de l'heure à laquelle tu te rends au centre de santé. Pour celles qui viennent très tôt pour avoir les soins et repartir rapidement elles sont obligées d'attendre jusqu'à huit heures comme le signifie notre enquêtée :

« *Tu peux aussi arriver à l'hôpital parfois attendre longtemps, car s'il n'est pas l'heure ils ne viennent pas parfois l'agent de santé n'est pas là* » (Entrevue mère2, 22 ans, 2 enfants et non instruite)[10690:10838]

Les services de santé sont offerts en continu avec un système de permanence et de garde de sorte que tout patient à n' importe quel moment puisse bénéficier de soins. Mais les matinées les heures d'ouverture sont fixées pour la plupart des temps entre sept heures et sept heures trente minutes. Selon les mères dans cette étude, ces horaires ne sont pas respectés surtout s'il s'agit des consultations préventives.

> « *Si ce n'est pas une maladie, si tu arrives aux environs de sept heures, si ce n'est pas à huit ils ne font pas ouvrir, car si leurs heures d'ouverture n'arrivent pas, ils n'ouvrent pas.*» (Entrevue mère3, 22 ans, 2 enfants et non instruite)[17492:17671].

Cet état de fait pourrait traduire d'une insuffisance dans la communication avec les usagères, car si elles sont informées des horaires de l'offre des soins préventifs, en l'occurrence huit heures cela pourrait éviter les longues attentes.

- ***Une communication soignant soignée insuffisante***

La communication interpersonnelle dans le cadre de l'offre de soins est très capitale surtout pour le traitement que pour le suivi des soins. Dans notre échantillon, plusieurs mères se plaignent du manque d'information sur les soins postnatals, c'était le souci de cette mère que nous avons rencontré

« *Ce que je n'ai pas apprécié, c'est le fait qu'ils ne m'ont pas conseillée par rapport à comment je devrais me comporter à domicile* »(Entrevue mère 6, 18 ans,1 enfant, non instruite) [13482:13561]

L'insuffisance dans la communication surtout en matière des soins postnatals fait que la majorité des mères disent ne pas connaître d'autres soins après l'accouchement comme celle-ci :

« *Je ne connais pas en dehors des bains à l'eau chaude et des médicaments que les agents donnent à avaler* » (Entrevue mère7, 23 ans, 2 enfants, niveau CM1) [11222:11326].

Les mères retiennent très souvent les rendez-vous des CPoN mais elles ne savent pas les activités liées à celle-ci, c'est de l'avis de cette mère :

« *On a dit qu'une femme qui accouche jusqu'à quarante-deux jours, les soins sont gratuits. Je ne connais pas d'autres types de soins »* (Entrevue mère 8,21 ans,1 enfant, non instruite) [10704:10834]

En effet, nous avons remarqué lors de nos observations que les thèmes de causerie à la sortie étaient axés sur les pratiques néfastes, l'allaitement, l'hygiène, la prévention du paludisme et les signes de danger. Quant à la consultation postnatale, l'information était télégraphique :

« *Dans six jours, il y a examen et dans quarante-deux il y a examen aussi* » (extrait de la causerie d'une Accoucheuse Auxiliaire).

L'intérêt, les avantages, les soins dispensés pendant la consultation postnatale ne sont pas discutés avec les mères, ainsi que les risques ou inconvénients liés à la non-utilisation de la CPoN.

- ***Un effet non négligeable des politiques de gratuité***

Dans le souci d'améliorer l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, le gouvernement a rendu certains services gratuits pour les populations, notamment la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans, des femmes enceintes, des accouchements et du post-partum. Malgré à cette gratuité, les mères ont quelquefois des difficultés à bénéficier des médicaments à cause des ruptures de certaines molécules.

« *Quant aux petits enfants, ils disent que le traitement est gratuit, mais vous pouvez arriver à l'hôpital parfois, l'enfant a tellement le corps chaud et il faut piquer, il faut que tu payes le médicament. Alors qu'ils disent aux gens de venir que c'est gratuit* » (Entrevue mère 4, 27 ans, 3 enfants et non instruite)[10704:10834].

Ces nombreuses ruptures selon les femmes qui obligent les agents de santé à prescrire des ordonnances comme auparavant, mettent en doute cette politique de gratuité. Comme les propos de cette mère :

« *[…]. On parle de gratuité, mais parfois ce n'est pas gratuit. Même si c'est gratuit tu dois informer le mari sinon si tu pars et tu dois payer, tu seras obligé de revenir lui donner l'ordonnance* » (Entrevue mère 5, 18 ans, 2 enfants et non instruite) [8247: 8512].

En effet, les ruptures fréquentes de stocks dans les Dépôts de Médicaments essentiels génériques (DMEG) constituent un problème pour les usagers et les personnels de santé. Elles mettent en doute, la crédibilité des agents de santé vis-à-vis des usagers. Cette situation entrave sérieusement le recours aux services de soins maternels et néonatals dans les zones rurales.

4.3.3 Les motifs du non-recours aux soins postnatals

Notre analyse des données a permis de retenir trois thèmes majeurs expliquant les motifs du non-recours aux soins postnatals qui sont le manque d'information sur les soins, les effets

de la perception des soins postnatals et le manque d'association des personnes ressources dans la sensibilisation. Ces points seront développés dans les lignes qui suivent.

a) Manque de connaissance et d'information sur le calendrier de la consultation postnatale

La plupart des mères ne savaient pas qu'elles devraient revenir au centre de santé pour une consultation postnatale. Pour certaines mères, surtout les primipares qui n'ont jamais eu recours à la CPoN, elles ne pouvaient pas connaître les rendez-vous pour les soins postnatals.

> « *Ils ne m'ont rien dit .C'est parce que je n'ai pas entendu, si j'avais entendu, j'allais repartir* » (Entrevue mère 6, 18 ans, 1 enfant et non instruite) [14490:14565].

Par contre, les autres (multipares) qui ont l'expérience dans les accouchements, elles ignoraient le rendez-vous du quarante-deuxième jour.

> « *Oui, j'ai dit que je n'avais pas reçu de consignes, mais je sais qu'après l'accouchement, une femme doit repartir à l'hôpital, car l'autre enfant c'était le cas, mais je pensais que c'est quarante-quatre jours après* » (Entrevue mère1, 25 ans, 3 enfants, niveau CE1)[19211:19426].

Ce manque de connaissance est lié à l'absence de sensibilisation lors de la sortie des mères de la maternité. En effet, parmi les agents de santé rencontrés quelques-uns ont souligné qu'ils oublient d'informer les accouchées sur les rendez-vous pour la CPoN et surtout la raison de cette visite.

> « *Il arrive aussi souvent qu'on libère des femmes sans trop axer sur les aspects importants tels que la consultation postnatale parce qu'une seule personne qui a deux femmes en salle et qui doit libérer les femmes, elle va juste donner les dates de retour là BCG, sixième, quarante-deuxième jour sans pour autant donner les raisons* » (Entretien SA 4, 33ans et 6 ans d'ancienneté) [9918:11093].

En effet, en plus de l'insuffisance d'information sur le calendrier, les mères ne connaissent pas les objectifs et les avantages de la CPoN, car les causeries de sortie de la maternité n'en

font pas cas très souvent. Ce qui peut constituer une source de démotivation des mères parce qu'elles ne perçoivent pas l'importance de cette activité.

b) Perception des soins postnatals

Les perceptions qu'ont les mères des soins postnatals et la non-implication des personnes ressources influencent l'utilisation de ces services. Dans notre échantillon, la plupart des mères perçoivent la CPoN comme un soin curatif, elles ne doivent y recourir qu'en cas de problème de santé après leurs accouchements. Cette façon de voir les choses pourrait être liée à l'information reçue à la sortie. En effet, le personnel de santé axe leur intervention sur les pratiques traditionnelles liées aux bébés et les signes de danger. C'est pourquoi très souvent celles qui n'ont pas d'épisiotomie et qui ne sont pas tombées malades n'ont pas eu le réflexe de recourir aux soins postnatals.

> « *Ah ! Vous êtes venus pour savoir pourquoi, je ne suis pas repartie ! Ce n'est rien, nous n'avons pas su que c'était une obligation comme ça, sinon je ne suis pas repartie. Nous avons pensé comme nous sommes en bonne santé, c'est fini* » (Entrevue mère 3, 22 ans, 2 enfants et non instruite) [19263:19497].

Cette perception est partagée par les belles-mères et les maris comme le résument ces propos d'un mari :

> *«Si ce n'est pas la vaccination de l'enfant, elle n'est pas repartie, cela veut dire qu'elle est en bonne santé. Après son accouchement là, elle est en bonne santé c'est pourquoi elle n'est pas repartie. Si elle avait eu un problème dans les quarante jours qui valait le coup de retourner à l'hôpital, elle allait repartir, mais si ce n'est pas la vaccination de son enfant je n'ai pas vu »* (Entrevue mari 4, 42 ans) [20348:20737].

La perception des CPoN comme relevant du curatif est renforcée par le regard que portent les belles-mères sur les soins traditionnels à domicile. Pour elles, ces soins sont primordiaux et suffisants pour les nouvelles mères. Les notions de prévention ou de promotion de la santé présentes dans les objectifs de la CPoN ne sont pas perçues par nos différents répondants.

c) *Le manque d'intégration des personnes ressources dans le suivi : hommes et belles-mères*

Une faible implication des belles-mères dans le recours à la CPoN peut être l'une des raisons du non-recours aux soins postnatals. En effet, la causerie à la sortie de la maternité ne concerne pas tellement les belles-mères, car elles sont très souvent vues comme celles qui maintiennent les pratiques traditionnelles au sein des familles. Elles ne sont aucunement impliquées dans le suivi de la CPoN des nouvelles mères, à tel point qu'elles pensent que leurs rôles s'arrêtent sur le plan biomédical à l'accouchement. Après l'accouchement, ce qui reste à faire à l'hôpital n'engage que la nouvelle mère.

> *« Si nous finissons notre travail (accompagnante), nous ne connaissons plus ce qui reste à faire à l'hôpital, ce sont elles qui connaissent. Si elle nous informait, ah, tel jour, je dois repartir à l'hôpital, moi je ne repars pas là-bas encore. C'est elle seule qui va donc répondre ça l'engage, mais pas moi »* (Entretien belle-mère 10,60ans) [14960:15290].

En plus de cette non implication des belles-mères, s'ajoute celle des hommes dans le suivi de la CPoN. Bien que l'accouchement et le post-partum demeurent un problème féminin, les causeries de sortie de la maternité devraient associer les hommes et pour ce faire, elles pourraient se faire dans la salle d'examen et non en suites de couches. En effet les maris peuvent constituer un apport considérable pour amener les femmes aux respects de leurs rendez-vous de la CPoN s'ils y étaient associés.

« Premièrement, il faut appeler leurs maris, les informer que leurs femmes ne viennent pas aux rendez-vous. Si les maris sont impliqués, ils vont forcer les femmes à revenir. Si c'est les femmes seulement que vous sensibilisez ou que vous informez, elles vont écouter, mais elles ne viendront pas parce qu'elles ne veulent pas les comprimés » (Entrevue mari 2, 47 ans) [31010:31340].

En sommes, les principaux motifs du non-recours aux soins postnatals évoqués sont le manque d'information sur le calendrier et la perception liée à ce type de soins. En effet, certaines mères ne perçoivent pas la nécessité de cette consultation en dehors d'un

problème de santé avéré. Pour ce faire, l'implication des personnes ressources telles que les belles-mères, les accoucheuses villageoises et les maris s'avère nécessaire.

4.4 Suggestions et recommandations des enquêtés

Dans le souci d'améliorer les services de soins maternels et néonatals en général et des soins postnatals en particulier, nous avons recueilli les avis de nos enquêtés dont la synthèse nous donne ce qui suit :

4.4.1 Les besoins non satisfaits en matière de la santé maternelle et néonatale.

Sur ce point, les propositions de l'ensemble de nos répondants se regroupent en quatre points.

D'abord, l'amélioration et le renforcement des infrastructures d'accueil existantes, car les participants à cette étude trouvent la maternité restreinte pour la population de l'aire sanitaire. La salle des suites de couches est petite et ne peut pas contenir les accouchées.

> *« Le nombre de salles ne convient pas, l'état du bâtiment aussi n'est pas ça, ça coule. Les salles d'hospitalisation, il n'y a pas assez. Les suites de couches aussi ne sont pas suffisantes, si on pouvait avoir au moins deux salles. La salle d'attente aussi c'est très coincé. Le plafond du couloir est délabré et l'eau des pluies suinte à travers les trous »* (Entretien AS2, 35 ans et 6 ans d'ancienneté) [159:602]

Certaines mères, souhaiteraient ensuite avoir un bloc opératoire au centre de santé de Zitenga afin de réduire les évacuations tandis que pour d'autres l'aire sanitaire de Zitenga mérite un nouveau centre de santé afin de réduire la distance pour celles qui habitent à dix kilomètres.

À cette insuffisance d'infrastructures s'ajoute le manque d'équipement et de matériel. Les enquêtés souhaitent un renforcement de la capacité d'accueil en matière de table d'accouchement.

> *« Si on peut avoir plus de tables d'accouchement et de lits, ça va nous aider »* (Entrevue mère 5,18 ans 2 enfants et non instruite) [11963:12039]

En plus, il y a le problème d'effectif en matière de personnel de santé, jugé insuffisant par les usagères et le personnel de santé.

> « (*Rire), je vois que souvent les femmes peuvent se croiser à l'hôpital et les agents de santé sont débordés et d'autres femmes sont couchées à même le sol, si on pouvait augmenter le nombre d'agents de santé ainsi que l'espace, le nombre de tables d'accouchement et de lits* » (Entrevue mari 9, 49 ans) [16554:16825].

Enfin, rendre disponible en permanence les médicaments et consommables médicaux au niveau du DMEG.

> « *C'est augmenter les médicaments seulement parce que tu peux aller, on va te prescrire arrivé au dépôt, on va dire que tel produit n'existe pas que cela est fini là que ça vient, demain parfois on te dit, de repartir pour repasser après. De fois, il y a des ruptures terribles »* (Entrevue mari 5, 47 ans) [14108:14385]

4.4.2 L'amélioration de la fourniture des services de soins postnatals dans la localité.

Accroître l'utilisation des services de santé maternels et néonatals est une priorité pour les autorités de notre pays d'où l'instauration de la gratuité des soins pour ce groupe spécifique. Malgré cela, le recours aux services de santé reste faible. Dans notre étude, selon les bénéficiaires et les accompagnantes une amélioration de la fourniture des soins postnatals passe aussi par la promotion des activités génératrices de revenus et un renforcement de la relation soignant / soigné pour une meilleure collaboration.

> « *Il faut aider les femmes à avoir des activités génératrices de revenus. Nous sommes à la maison, nous ne faisons rien si ce n'est pas procréer* » (Entrevue mère 5, 18 ans, 2 enfants et non instruite) [12178:12356].
>
> « *Si tu pars et il n'y a pas de bagarre et de mauvaises paroles à ton égard, tu seras contente de repartir* » (Entrevue mère 6, 18 ans, 1 enfant, non instruite) [15084:15189].

Les agents de santé doivent insister sur la sensibilisation de tous les acteurs (maris, belles-mères et accoucheuses villageoises) et en particulier aux nouvelles mères sur l'importance des soins postnatals.

> *« Si c'est les accouchements, toutes les femmes qui accouchent, c'est là-bas, mais si c'est les autres soins, cela incombe aux agents de santé, il faut bien informer les femmes ça vaut mieux, sinon nous n'avons rien à leur dire. Tout revient aux agents de santé qui doivent les éclairer pour qu'elles suivent »* (Entretien belle-mère 4 ,65ans) [15299:15608]

Aux des agents de santé, la CPoN n'apparait pas comme un indicateur important en témoigne le peu de rigueur accorder par les responsables du district dans son suivi. C'est pourquoi, il n'existe pas de formation ni de supervision spécifique sur les soins postnatals. Les membres de l'Équipe Cadre de District (ECD) ne s'intéressent pas tellement à cette activité, car malgré le faible taux d'utilisation les responsables des maternités ne sont pas interpellés. Aussi, cette activité n'est pas sous monitorage comme la vaccination, la CPN, la Planification familiale (PF) et les accouchements. En conséquence, elle n'est pas présentée à l'assemblée générale du centre de santé pour susciter un plaidoyer. L'amélioration de la fourniture des soins postnatals selon les agents se résume par ce propos :

> « *Souvent quand les gens ne savent pas qu'est-ce qu'il faut venir faire, quelle est l'importance, tout ça peut contribuer à ce que la personne ne vienne pas. Mais si elle sait exactement que ça, c'est très capital pour eux, la personne pourrait venir. En plus de ce que j'ai dit, nous pensons que si les supervisions prenaient en compte ce volet, cela pourrait contribuer à améliorer un tant soit peu. En plus cela, il y a le monitorage qu'on fait de façon trimestrielle. Le volet consultation postnatal n'a jamais été pris en charge en tout cas depuis que je suis là. Bon, je pensais que si lors des Assemblées Générales (AG), lors du monitorage qui est souvent couplé à l'AG, on en discutait, bon, surtout que les maris sont représentés, on pouvait ensemble trouver des solutions pour pallier à cette faible utilisation des services postnatals* » (Entretien SA4, 33 ans et6 ans d'ancienneté) [11232:11811].

Chapitre 5:

Discussion des résultats

Chapitre 5 : Discussion des résultats

Cette étude qualitative de cas portait sur les déterminants du non-recours aux services de soins postnatals par les mères d'enfant de 42 jours à 12 mois et habitant dans l'aire sanitaire de Zitenga. Elle a tenté par différentes techniques de collecte des données d'identifier les déterminants du non-recours aux services de soins postnatals. Pour identifier ces déterminants du non-recours, trois objectifs étaient poursuivis dans cette étude. D'abord, nous voulions rechercher les facteurs liés aux mères d'enfant de 42 jours à 12 mois qui entravent le recours aux soins postnatals; ensuite, nous souhaitions apprécier les déterminants liés aux services de santé qui favorisent le non-recours aux services de soins postnatals; enfin, nous désirions explorer les facteurs familiaux entravant le non-recours aux services de soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga. Les résultats de notre recherche nous ont permis d'établir différentes connaissances issues du milieu d'étude qui détermineraient le non-recours aux soins postnatals. Ainsi, ce présent chapitre a pour but d'interpréter et discuter les résultats de cette recherche et de proposer des recommandations.

5.1 Les facteurs individuels et le non-recours aux services de soins postnatals

Il apparait dans cette étude que les facteurs individuels des participantes sont façonnés par leur environnement social et économique et participeraient au non-recours aux soins postnatals. D'une manière générale, l'effet des facteurs individuels sur le non-recours aux soins postnatals est lié aux inégalités sociales auxquelles sont confrontées les femmes au Burkina Faso.

En effet, les femmes n'ont pas souvent accès, comme les hommes aux différentes ressources scolaires, sanitaires et économiques dues aux inégalités sociales. Elles n'ont pas aussi le pouvoir d'agir sur leur santé (Write 2014). Cette étude, à l'instar d'autres (Write 2014 ; Faye 2013; Diallo 2013), a montré que les femmes n'ont pas les mêmes potentialités d'accès aux services de santé maternelle. Pour mieux comprendre les inégalités sociales dans le non-recours aux soins postnatals, nous allons discuter dans cette partie l'effet des normes socioculturelles entourant l'accouchement et le postnatal ainsi que l'effet du faible pouvoir économique des femmes sur le non-recours aux soins postnatal.

5.1.1 L'effet du faible pouvoir économique et social sur le non-recours aux soins postnatals

Nos résultats ont révélé que le contexte de vie des mères rencontrées est économiquement et socialement précaire entravant considérablement l'utilisation effective des soins postnatals. Malgré les différentes mesures qui ont été prises par les autorités politiques du Burkina Faso pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins des populations pauvres, certains obstacles au niveau individuel et contextuel empêchent considérablement l'accessibilité aux soins postnatals par les nouvelles mères dans les zones rurales.

Plusieurs études ont montré que les femmes habitant en milieu rural en Afrique Subsaharienne ont des difficultés à avoir accès aux soins postnatals compte tenu de leurs niveaux d'éducation et du niveau économique (Langlois, 2015;Niang et al. 2015; Somefun, 2016; Zamawe, 2015). Ainsi, le non-recours aux soins postnatals des enquêtées est associé à leur environnement social et économique qui participe aux mécanismes de recours ou de non-recours aux soins (Rode, 2010).

Au vu des entretiens menés avec les mères, on a pu constater qu'au sein des familles, les femmes ne disposent pas de capacité économique. Le fait qu'elles ne soient pas scolarisées et qu'elles n'aient pas de revenu les rend financièrement dépendantes du mari ou du chef de famille. Les maris aussi étaient pour la plupart des agriculteurs et menaient soit du petit commerce, soit des cultures de contre-saison avec des revenus faibles. La majorité des mères enquêtées, dans cette étude avait des occupations en saison sèche, mais qui leurs procuraient des revenus irréguliers et insignifiants qui ne leur permettent pas de couvrir leurs différents besoins primaires. Le manque de revenu des femmes est une situation beaucoup plus préoccupante en milieu rural, car leur activité principale est l'agriculture et elles n'ont pas souvent accès aux terres agricoles, pire elles doivent aider le chef de famille dans le champ commun avant d'aller cultiver dans leurs champs. Au Nigéria, Somefun et al., (2016) dans son étude sur les déterminants de la non-utilisation des soins postnatals ont montré que le revenu et le niveau d'instruction de la femme étaient associés à l'utilisation des soins postnatals. Selon l'auteur l'éducation apparait comme un déterminant important dans l'utilisation des soins postnatals. Dans cette étude, la plupart des mères étaient non scolarisées, seulement deux d'entre elles avaient un niveau primaire ainsi que deux maris (un niveau secondaire). L'éducation est favorable à l'utilisation des soins postnatals, car elle permet aux mères instruites de mieux comprendre l'importance des soins postnatals et de connaître où et quand les obtenir contrairement aux mères non instruites. L'éducation est

susceptible de rendre autonome les mères surtout en ce qui concerne l'accès aux messages de sensibilisation en matière de la santé et le traitement de ces messages (Somefun et al.,(2016). En outre, les mères instruites peuvent avoir un plus grand statut économique qui peut se traduire par une augmentation de leur autonomie dans le ménage et de leur pouvoir de décision relatif à leur santé.

Bien que, l'utilisation des soins soit souvent liée aux caractéristiques individuelles des femmes, (niveau d'éducation et le pouvoir économique), notre étude a révélé également que d'autres facteurs contextuels et politiques contribuent au non-recours aux soins postnatals par les mères dans notre zone d'étude. Il s'agit de la défaillance notée dans la politique de gratuité des soins préventifs durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En effet, les ruptures intempestives des médicaments et de consommables médicaux et l'inapplication de la gratuité par certains agents de santé entravent énormément le recours aux soins postnatals (Ridde et al., 2004; Jaffré, et al., 2003). Ces ruptures de stock de médicaments favorisent l'installation d'un système de «racket» dans les centres de santé. Certains agents de santé profitant de cette défaillance de la politique pour vendre illicitement des médicaments et actes compris dans la gratuité des soins postnatals comme cela a été soulevé dans «*médecine inhospitalière* » par Jaffré et De Sardan (2003). Ce système de «racket » pose un problème de compréhension de la politique de gratuité par les usagères, car elles ne savent pas quels sont les actes gratuits et ceux non gratuits. En plus, ce système de 'racket' soulève une fois de plus la question de manque de confiance envers le système de soins modernes et pose également un problème d'accessibilité financière aux soins qui semblait être résolu en partie par la politique de gratuité en vigueur.

L'accessibilité financière couvre les coûts directs c'est-à-dire le prix des médicaments et les honoraires du prestataire. Dans notre étude ce coût peut- être minimisé grâce à la gratuité. Comme l'a souligné un des maris rencontrés, «la gratuité est venue nous soulager de deux tiers de notre charge en matière de santé, ce qui reste semble être facile à supporter». Ce tiers représente les coûts indirects associés au transport, à la nourriture et les coûts d'opportunités liés au manque à gagner en termes de production économique (Langlois, 2014). Il ressort donc, que l'un des facteurs majeurs empêchant la population d'utiliser les services de santé est le manque de moyen. Cela est révélé par l'entretien avec les mères, les belles-mères et les maris. Selon certaines mères le manque d'argent peut les amener à retarder le recours aux soins. En effet, selon certains de nos répondants tout n'est pas gratuit comme les gens le disent, car la majorité des produits manque au Dépôt de Médicaments essentiels génériques

(DMEG). Malgré tout, les maris pensent que certaines ordonnances sont abordables par rapport à d'autres surtout en cas de rupture. Lorsque les ordonnances sont coûteuses, les maris négocient avec les agents de santé pour réduire certains produits si toutefois ils n'avaient pas la totalité de la somme. Aussi, ils relient le coût exorbitant aux ruptures des médicaments, car ce sont les médicaments payés dans les pharmacies privées qui coûtent souvent très chers. En conséquence, les autorités politiques doivent repenser le système de mise en œuvre de la gratuité afin de bien faire profiter la population de cette mesure noble qui pourra réduire considérablement le non-recours au système de santé notamment dans les zones rurales.

Outre les coûts directs, les répondants ont souligné qu'il y avait de petites dépenses liées à la demande de soins qui sont non négligeables et peuvent décourager certains parents à recourir aux soins postnatals. Parmi ces coûts, il y a entre autres les coûts relatifs à l'achat de carburant pour les motos, à la restauration pendant le séjour, à l'achat des savons et frais de certificat d'accouchement qui sont susceptibles de décourager les utilisateurs des soins obstétricaux. Selon certains hommes, ces frais rassemblés sont importants et sont susceptibles d'aggraver la précarité au sein des ménages déjà pauvres (Langlois, 2014). Malgré que notre étude n'ait pas pu évaluer ces coûts indirects, nous pensons néanmoins qu'elles ont un impact négatif sur le recours aux services de santé, vu les revenus modestes des ménages. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une fois que les mères ont passé l'épreuve fatidique de l'accouchement, elles n'ont plus suffisamment de moyens pour y retourner pour le suivi médical d'après accouchement surtout qu'il n'y a pas eu de cas de complication. Il est judicieux que des études ultérieures puissent se pencher sur ces coûts indirects notamment les coûts d'opportunités liées au manque à gagner en termes de production économique en milieu rural.

5.1.2 Les normes socioculturelles entourant l'accouchement et les soins postnatals

Des entretiens avec les mères, il se dégage un attachement fort à des croyances culturelles associées à l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal. Ces croyances semblent influer sur les connaissances et les perceptions des mères concernant la grossesse, l'accouchement, et la décision de recours aux soins postnatals. Les pratiques sociales autour de l'accouchement et le postpartum et l'assistance à l'accouchement jouent un rôle important a priori dans le suivi de la nouvelle accouchée pendant la période postnatale.

5.1.2.1 L'hôpital est le seul lieu de recours aux soins durant la grossesse et l'accouchement

D'emblée, il apparait dans cette étude que le lieu par excellence pour la demande de soins pendant la grossesse et l'accouchement demeure la maternité. Au Burkina Faso, le non – recours à la CPN se fait rare, mais des cas de recours tardifs persistent (Niang 2014), cela semble se justifier dans cette étude. En effet, l'ensemble des mères enquêtées dans notre échantillon a eu recours à la CPN. Cependant, deux mères ont eu un recours tardif à leur première CPN (au quatrième mois). Ce recours tardif à la CPN pourrait être lié à la perception de la grossesse par ces dernières comme un fait naturel et une honte pour la femme. Cette honte occasionne une discrétion de la femme enceinte. Cette discrétion provient de la surveillance que les membres féminins de la cour exercent sur la jeune mariée (Bonnet, 1988). De plus en plus, cette perception culturelle de la grossesse fait place peu à peu au savoir médical de sorte que la perception du risque lié à la grossesse et l'accouchement semblent être bien perçue par la communauté. C'est ainsi que Diallo (2013) dans son étude sur les déterminants de l'accès et de l'utilisation de soins maternels et néonatals au Mali a souligné que la perception du risque lié à l'accouchement fait que le centre de santé est le lieu par excellence pour les accouchements.

En somme, les services de CPN et d'accouchement sont utilisés, mais leur mode d'utilisation repose beaucoup plus sur le principe du curatif que du préventif (Diallo.2013; Niang. 2014). C'est quand le risque est bien perçu par les bénéficiaires que la demande de soin est effective.

5.1.2.2 L'assistance masculine à l'accouchement et le non-recours aux soins postnatals

Dans cette étude, l'introduction d'un accoucheur dans le centre de santé au début a créé une mésentente entre les parturientes et les agents de santé. En effet, lors de notre collecte des données, il nous a été rapporté que l'arrivée d'un maïeuticien au centre de santé avait suscité un refus de certaines femmes de se faire suivre par ce dernier. De ce fait, toute femme qui refusait de se faire suivre par l'accoucheur était référée à Ziniaré avec comme motif 'refus de se faire accoucher par un homme', de sorte qu'à Ziniaré, c'était un autre maïeuticien qui la recevait. À la fin, les femmes ont été obligées d'accepter de se faire diriger pendant l'accouchement par un homme. L'accouchement est une affaire de femme, c'est une exaltation de la féminité, les hommes doivent se tenir à l'écart (Beninguisse et al, 2004). C'est

peut-être la raison pour laquelle toutes les mères enquêtées ont dit que les personnes autorisées à assister à l'accouchement sont les belles-mères et les coépouses, et que les hommes devaient rester à côté en cas de besoin. Comme l'a souligné Beninguisse et al, (2004), la présence d'un accoucheur de sexe masculin dans la maternité, peut influencer négativement la qualité des soins reçus et constituer un obstacle à l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale.

La présente étude ne permet pas certainement d'établir un lien de causalité entre la présence d'accoucheur de sexe masculin dans la maternité et le non-recours aux soins postnatals. Cependant, il a été noté que certaines femmes en milieu rural sont gênées de se faire examiner par un homme. De ce fait, bien que les femmes se soumettent à l'examen clinque pendant l'accouchement, nous émettons des réserves quant au recours aux soins postnatals surtout, la mère ne se plaint d'aucun mal ou n'est pas malade après son accouchement .C'est pourquoi nous adhérons à la pensée de Beninguisse et al, (2004), selon laquelle l'amélioration de la qualité passe nécessairement par une adéquation de l'offre aux attentes et préférences des clientes. Ce qui demande une complémentarité dans l'action entre les systèmes traditionnels et biomédicaux.

5.1.2.3 Les pratiques sociales après l'accouchement et le non-recours aux soins postnatals

Après l'accouchement de la femme, les pratiques traditionnelles priment sur le suivi biomédical. De nombreux auteurs ont montré qu'en Afrique Subsaharienne, les accouchées s'adonnent beaucoup plus aux soins traditionnels (Kouanda et al., 2007; Beninguisse et al.,2004),qu'aux soins modernes. Dans cette étude, toutes les mères enquêtées avaient pratiqué des soins traditionnels dès leur retour à domicile. Cela corrobore avec les résultats de Koanda et al.,(2007), qui avaient trouvé que plus de la moitié des femmes enquêtées avaient eu des soins traditionnels dans leurs études sur les facteurs liés à la sous- utilisation de la consultation postnatale. En effet, au retour de la maternité, la nouvelle mère Mossi se soumet aux pratiques et interdits que lui recommandent ses aînées. Ceux-ci lui permettront de préparer son corps à l'expérience de la maternité. Puisque la femme est considérée comme étant encore marquée par l'impureté, son sang coule toujours, son retrait de la collectivité est essentiel afin de la protéger des génies qui pourraient l'attaquer (Bonnet, 1988 P 46). En effet, nos résultats montrent que toutes les mères enquêtées sont restées pendant une semaine à l'intérieur de leur cour voire de leur case. Cette période dite de réclusion pour la nouvelle

mère est considérée par la majorité des répondants comme une coutume ‘rog n miki’ que toute nouvelle accouchée devrait respecter. Durant cette période, la nouvelle mère qui ne sort pas est complètement prise en charge pour sa toilette et pour les autres tâches pendant les sept jours (De Sardan et al., 1999). Cette période coïncide avec celle de la première CPoN. Bien que certaines belles-mères aient souligné que la nouvelle mère peut se déplacer pendant ce temps pour demander des soins, cela pourrait dépendre de la personne qui s’occupe de la femme notamment les belles-mères. Elles jouent un rôle important dans les soins après accouchement de sorte que les nouvelles mères sont obligées de les écouter et de les respecter. Ainsi, l’accord des belles-mères avec les pratiques traditionnelles influence négativement l’obtention des soins postnatals (White et al., 2014), car elles tiendront au respect des valeurs sociales au détriment des soins médicaux surtout si la nouvelle mère est en bonne santé. Cela pourrait expliquer le fait que dans notre échantillon certaines mères n’ont pas pu respecter les consignes médicales : elles ont purgé et gavé les enfants sur recommandations des belles-mères, et n’ont pas eu recours aux soins postnatals. Si elles sont convaincues de l’efficacité de ces pratiques et qu’elles jugent que les soins médicalisés pourraient être inutiles, elles peuvent décourager leurs belles-filles de recourir aux services de soins postnatals. De même, si les mères ou les bébés tombent malades pendant cette période de retrait, on prend souvent du retard pour aller consulter les services de santé. Et pourtant, des bébés malades meurent souvent en l'espace de quelques heures et tout retard peut donc s'avérer fatal. Ce retard est également préjudiciable pour la mère. C’est pour cela qu’à la sortie de la maternité, les signes de danger sont enseignés aux mères. Par ailleurs, la plupart des mères rencontrées ne retiennent pas le contenu de cet enseignement ce qui pourrait occasionner des retards dans la reconnaissance des complications et dans la réception des soins adéquats.

5.2 Facteurs familiaux du non-recours

Des études ont montré que la plupart des femmes souhaitent des soins qualifiés pendant la grossesse, l’accouchement et le postpartum et que le choix du lieu de soin de la plupart des femmes se passe de la maison aux services de santé. Cette étude souligne que le lieu par excellence pour la surveillance de la grossesse et de l’accouchement est la maternité. Les facteurs qui conduisent à cette transition sont une prise de conscience croissante des dangers liés à l’accouchement à domicile ainsi que le souci d’avoir un couple mère- enfant en bonne santé. Nos résultats indiquent aussi la nécessité d’une éducation sanitaire continue et élargie aux personnes ressources et à la communauté afin de souligner non seulement les dangers

associés aux soins non qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, mais surtout les avantages de la participation aux soins postnatals qualifiés. Cependant, les désirs croissants des femmes d'utiliser les services de santé maternelle et néonatale sont souvent influencés par leur environnement familial. Pour mieux comprendre les facteurs familiaux liés au non-recours aux soins postnatals, nous allons discuter sur les points suivants : l'organisation sociale et le pouvoir de décision au sein de la famille.

5.2.1 Organisation sociale du travail dans la famille

La division sociale du travail au sein de la famille fait que la femme est souvent très occupée chaque jour de sorte qu'elle est obligée parfois de surseoir à certaines activités. En effet, dans chaque famille, en saison pluvieuse, elles exécutent les tâches concernant l'ensemble des cultures destinées à la consommation familiale dont le champ est placé sous la responsabilité du mari ou du beau-père. Elles ont à côté de petits champs d'arachide, de haricot ou de petits pois qui leur reviennent. L'activité agricole est très capitale pour les femmes de sorte que pendant leur grossesse, elles refusent de se reposer malgré les prescriptions médicales (Niang, 2014). Cet intérêt porté à l'agriculture réside dans le fait que la plupart d'entre elles subviennent à leurs besoins grâce à la vente des récoltes de leurs petits champs en saison sèche.

En plus, cette étude montre que toutes les personnes habitant la cellule familiale mobilisent uniquement la main-d'œuvre féminine dans les travaux domestiques. Parmi les tâches qui en font partie, on peut mentionner l'approvisionnement en eau, le nettoyage de la concession familiale et de ses alentours, la lessive, la vaisselle, les soins (pour l'ensemble des membres de la famille et particulièrement pour ceux qui sont dans un état de dépendance, à savoir les bébés, les enfants en bas âge, les personnes malades ou à mobilité réduite et les personnes âgées) et enfin la préparation et le service des repas. Bien que certains maris participent dans notre échantillon à l'approvisionnement en eau, force est de constater que c'est surtout dans les ménages où l'homme pratique l'élevage. En effet, au village, il est peu probable de voir un homme puiser l'eau pour la consommation familiale, intervenir dans les tâches de la cuisine, ou prodiguer des soins à un enfant. Ces activités sont considérées comme l'essence de l'identité féminine. Cette rigidité de la division sexuelle du travail signifie que le seul moyen pour une femme de se libérer d'un travail dépend de ses possibilités de le déléguer à une autre. Dans notre échantillon, les mères étaient aidées soit par leurs enfants ou de temps en temps par leurs belles-mères. Ces résultats sont similaires à ceux de

Nassiri(2014), qui a souligné que les préoccupations des femmes concernaient en premier lieu leurs enfants, leurs foyers, leurs familles et leurs occupations. Selon elle, le recours aux soins postnatals n'était pas une préoccupation majeure pour certaines femmes malgré les risques et les complications possibles durant le postpartum. Ce qui peut justifier l'absence de certaines femmes aux soins postnatals, car elles sont parfois obligées de prioriser les tâches. Dans cette étude, nous n'avons pas pu aussi établir un lien de cause à effet entre la charge de travail et le non-recours aux soins, mais au vu des nombreuses activités des femmes cela pourrait influencer négativement le recours aux soins postnatals.

5.2.2 Le pouvoir de décision et le non-recours aux soins postnatals

Dans cette étude nous nous sommes intéressés aux relations qu'entretiennent les femmes avec leurs maris et leurs belles-mères autour de la prise de décision en matière de santé maternelle et néonatale. Nos résultats ont montré que les femmes avaient de bons rapports avec l'ensemble des membres de leur famille. Les liens qui existent entre eux sont ceux du mariage et de parenté. Toutes les mères vivent en union par le biais du mariage religieux, mais la plupart d'entre elles sont issues de mariages arrangés. Ce type d'union comme le souligne Attané (2010) est, une imposition de la femme par les membres de sa famille à un homme. Ce type de rapport, quoi qu'on dise, réduit, la liberté et l'autonomie de la femme et la soumet à son mari et à ses beaux- parents. Comme l'ont souligné plusieurs enquêtées «*nous avons le devoir d'honorer notre famille par le respect de nos beaux-parents et de notre mari* ». L'union est basée sur une filiation patrilinéaire caractérisée par un pouvoir de décision aux mains de l'homme et une subordination de la femme. En effet, les résultats de cette étude révèlent une faible participation de la femme à la prise de décision au sein du ménage à Zitenga. Ainsi, il ressort chez la majorité des enquêtées, que la décision de recourir aux soins relève de l'autorité des hommes notamment le mari. Elle peut le saisir directement ou par l'intermédiaire de la belle-mère. Cette prise de décision ne s'enferme pas dans un schéma uniforme et stable. Des facteurs multiples, représentant les atouts de chaque catégorie d'acteurs, vont parfois conditionner la décision: l'argent du mari ou du beau-père, l'expérience de la belle-mère…etc. Selon nos résultats, lorsqu'il s'agit de santé maternelle et néonatale, la belle-mère était une personne ressource. Ces résultats sont similaires à ceux de White et al., (2014). Selon ces auteurs, la décision de recourir aux soins de santé moderne médicalisée relève du moins en partie, du domaine de la belle-mère. Cependant, les entretiens avec les belles-mères révèlent que leurs rôles au niveau des services de santé s'arrêtaient

après l'accouchement de leur belle-fille. Elles ne se préoccupent pas de son suivi postnatal. En adoptant la pensée de certains auteurs (White, et al., 2014), nous pensons qu'il est opportun de s'interroger sur l'intérêt que ces belles-mères portent sur les soins postnatals modernes. En effet, une mauvaise perception des soins modernes par rapport à ceux traditionnels contribuerait à éloigner les mères des centres de santé. En effet, si les belles-mères ont un plus grand accord avec les pratiques traditionnelles alors elles décourageront leurs belles-filles de recourir aux soins postnatals (White, et al., 2014). C'est pourquoi il s'avère nécessaire pour réduire le taux du non-recours, d'impliquer les belles-mères et les maris dans tout le processus de la grossesse au suivi postnatal.

Par ailleurs, nos résultats révèlent que les ressources de la famille sont gérées par le mari. De fait, la femme ne peut donc pas disposer librement de son revenu sans le consentement du chef de famille. Cette faible autonomie économique de la femme pourrait expliquer aussi son faible pouvoir de décision concernant ses propres soins. En effet, dans ce contexte où les femmes ont généralement de faibles revenus ne leur permettant pas de prendre en charge les frais liés à leurs soins de santé, elles ont nécessairement besoin de l'avis de leur conjoint (qui assure généralement la prise en charge de ces frais) avant de demander un service de santé. Cependant, pour certaines femmes, avec la gratuité cette dépendance a baissé, mais, elles continuent d'en informer le mari par courtoisie. Nous suggérons alors que d'autres études puissent être faites dans ce sens pour comprendre le pouvoir de décision des femmes dans le contexte de la gratuité en privilégiant des approches méthodologiques plus adéquates.

5.3 Les déterminants du non-recours aux soins postnatals liés aux services de santé

Les déterminants liés aux services de santé font ici référence aux éléments que sont les contraintes liées à l'accès aux soins (distance, transport, coût des soins), la qualité des soins et les motifs du non-recours aux soins postnatals.

5.3.1 L'accessibilité géographique : une contrainte négligée par les participants

L'accessibilité géographique est la distance qui sépare la population du centre de santé. Cette définition restreint l'accessibilité géographique en ne prenant pas en compte d'autres facteurs du milieu rural qui contribuent à éloigner les mères des services de santé. Parmi ces facteurs, nous retiendrons l'insuffisance d'infrastructures routières, le mauvais état des routes surtout en saison hivernale, le manque de transport public. . Ces différents éléments présents dans l'aire sanitaire du CSPS de Zitenga et, affirmés par de nombreux auteurs, contribuent à

éloigner certaines mères des soins postnatals, malgré la disponibilité de l'offre de service(Fromageot et al., 2005); Somefun et al., 2016). Bien que l'état burkinabé ait fait un effort considérable dans la réduction du rayon moyen d'actions des formations sanitaires, l'accessibilité géographique reste un problème d'actualité. Cependant, les répondants (mères, belles-mères et maris) rencontrés dans cette étude trouvent que l'accessibilité géographique ne constitue pas un problème majeur. Ainsi, la distance n'est pas ressortie dans nos résultats de recherche comme une contrainte au recours aux soins postnatals. Cela peut s'expliquer par le fait que les répondants considèrent plus l'état de santé que la distance. En plus, étant habituées à faire de longs déplacements à pied pour se rendre dans les champs, les mères trouvent cette distance qui les sépare du centre insignifiante, surtout quand il s'agit de le faire à vélo. Par contre, l'état des routes a été évoqué par tous nos répondants qui sont à plus de cinq kilomètres comme une contrainte à l'accès aux soins postnatals. En effet, d'après nos observations sur le terrain, les deux villages éloignés sont traversés par des bas-fonds qui se remplissent d'eau souvent dès les premières pluies de la saison pluvieuse. Quelques mères ont mentionné qu'après une pluie pour se rendre au centre de santé, elles peuvent chuter au moins trois fois en cours de route avant d'arriver. Si dans cette étude la distance n'a pas été perçue par les mères comme une contrainte majeure à l'utilisation des soins postnatals, dans certaines régions du Burkina, la barrière géographique demeure un obstacle sérieux à l'accès aux soins de santé maternelle et néonatale (Lompo, 2013). En ce qui concerne le moyen de transport pour se rendre au centre de santé, les répondants n'éprouvent pas des difficultés à trouver un moyen de déplacement. La plupart des mères disposent d'un vélo et celles qui n'en disposent pas peuvent facilement solliciter celui de leurs coépouses.

En résumé, dans cette étude la distance n'est pas ressortie comme une contrainte au recours aux soins postnatals. C'est ce que Niang a conclu aussi dans une enquête menée dans la commune de Kokologo. Selon l'auteur, les mères ne perçoivent pas, l'espace et le temps de la même manière que celles qui vivent en ville. Donc leurs déplacements ne se mesurent pas en termes d'heure ou de temps investi, mais en fonction de leur disponibilité (Niang et al., 2015).

5.3.2 La qualité de l'offre de service et le non-recours aux soins postnatals

Au regard des résultats de notre étude, l'effet du système de santé sur le non-recours aux soins postnatals demeure un point déterminant. En effet, parmi les différents motifs que les femmes nous ont livrés comme étant des barrières à leur recours aux soins postnatals, les dysfonctionnements des services de santé restent préoccupants. Au-delà de l'insuffisance des

infrastructures, la mauvaise qualité du service contribue à éloigner les femmes de la maternité. Dans la présente étude, les répondants n'étaient pas satisfaits des salles de la maternité. En effet, nos résultats montrent que la maternité de Zitenga semble être dépassée par rapport à la population desservie. Les mères tout comme les agents de santé ont rapporté l'étroitesse des salles notamment celle des suites de couches où fréquemment certaines accouchées se retrouvent à terre. Ce manque d'espace en suites de couches ne permet pas aux nouvelles mères de vivre intimement leur période postpartum et certains maris sont pressés de repartir chez eux si toutefois la femme se sentait bien. L'absence de salle individuelle de séjour joue sur la préservation de l'intimité de la femme empêchant de ce fait les belles-mères de pratiquer certains soins traditionnels à leur belle-fille. Cette expérience peut impacter le recours aux soins postnatals, car traditionnellement le postpartum est un moment d'isolement pour les nouvelles mères. En plus, la présence physique d'une infrastructure sanitaire ne suffit pas à influencer son utilisation, il faut une disponibilité des soins. Cette disponibilité se traduit par, un personnel qualifié et produisant des soins qui répondent aux attentes des clients (Nkurunziza, 2014). L'insuffisance en personnel de santé a été relevée par l'ensemble des répondants. En effet, la maternité au moment de notre enquête était gérée par quatre agents de santé (une sage-femme, un maïeuticien et deux accoucheuses auxiliaires). Vu leur nombre, les accoucheuses sont obligées d'accomplir parfois les mêmes tâches que leurs responsables. Ce constat est similaire à celui de Richard (2001) cité par NKurunziza (2014), qui a noté qu'au Bénin certains centres de santé manquent tellement de personnel de santé que d'autres sont gérés par des aides-soignants formés sur le tas. De nos jours, la tendance est que les accouchements soient assistés au minimum par une sage-femme. Ce manque de personnel est aggravé par un temps long de repos après la garde (quarante-huit heures). Il crée une surcharge de travail pour les agents de santé avec ces corollaires de longues attentes et de mauvais accueil des patients pouvant entrainer découragements et renoncement aux soins par les clientes. Outre, le manque d'agent de santé, nos entretiens et nos observations révèlent également un manque de certains matériels médicotechnique (tables d'accouchement, des lits, des matelas, et des escabeaux) et une insuffisance dans l'organisation du service. D'après nos observations, l'organisation des soins semble poser un problème de continuité et occasionne de longues attentes. En effet, les heures d'ouverture ne sont pas respectées pour les activités préventives et elles (PF, CPN, CPoN) sont menées uniquement les matinées par deux agents de santé en plus de celles curatives. Ces différentes consultations s'opèrent dans une seule salle. De sorte que les femmes enceintes et, les nouvelles mères avec leurs bébés se trouvent

ensemble sous le même hall. Aussi, le travail est divisée en séquence, une personne prend les constantes et remplit les fiches et carnets de santé et l'autre s'occupe de l'examen et des registres. La division séquentielle des soins, Jaffré, et al.,(2003), trouvaient qu'elle ne permettait pas une bonne prise en charge des patients, car elle occasionnait moins de communication entre soignant et soignée. Vu l'absence des consultations préventives les soirs, toutes les mères doivent venir très tôt chaque matin avant douze heures pour espérer avoir sa visite. Cela ne permet pas une continuité des soins postnatals. En conséquence, la qualité des services notamment la disponibilité est affectée. Certes, la qualité de soins dépend de la disponibilité des services (infrastructure et personnel de santé, matériel et médicaments), mais elle dépend également de la relation soignante/soignée. Par cette relation, nous entendons le contact et la communication entre prestataires et bénéficiaires et cela commence par un bon accueil. Cet accueil se réfère aux manières de recevoir les gens, de les écouter, et de leur parler en tant qu'individu. Ce qui nous renvoie aux us et coutumes en matière de bienséance, mais aussi de sociabilité. Toutes les mères et les accompagnantes rencontrées avaient une attitude plutôt favorable au regard des professionnels de santé. En effet, la majorité des répondants étaient satisfaits de l'accueil des soignants. Il faut noter ici que cette perception favorable des enquêtés faisait uniquement référence à l'accueil offert au moment de leur dernier accouchement. En dehors de ce contexte, les avis étaient partagés, car la plupart d'entre eux ont relaté qu'en général, l'accueil dépendait fortement de l'agent de santé en poste. Si les unes sont satisfaites, d'autres trouvent qu'elles sont de temps en temps '*emmerdées*', insultées ou souvent victimes de violences verbales telles que « *ce ne pas moi qui vais faire sortir ton enfant avant son heure pour toi* » qui ne les encouragent pas à solliciter parfois l'assistance aux agents de santé pendant leur travail d'accouchement. Ces résultats sont similaires à d'autres études (Jaffré, 2003; Nassiri, 2014). En effet, l'étude de Jaffré et Olivier de Sardan effectuée dans cinq pays de l'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) en 2002 confirme cela : «*cette 'impolitesse' ou 'incivilité' profonde couvre de nombreux aspects, depuis les attentes injustifiées ou mal organisées infligées aux malades, jusqu'à la non-prise en considération de l'intimidé ou de la pudeur des malades. (…). Au-delà de l'indifférence ou du mépris, il y a parfois la violence celle des mots (insultes, injonctions) ou des gestes. Ce sont les maternités, qui partout en sont les lieux privilégiés* » (Jaffré et al., 2003, pp. 53-54). Certains maris rencontrés affirment que les femmes victimes de ces violences verbales renoncent très souvent de répartir au centre santé si elles ne sont pas accompagnées. En somme, toutes les femmes n'ont pas les mêmes chances

pour accéder à des soins postnatals de qualité qui doit être un droit et gratuit pour toutes. C'est ainsi que (Faye, 2008) affirme que 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, d'où les refus de soins fréquents que les femmes subissent dans les maternités. Malgré la gratuité, les soins maternels et néonatals ne sont pas disponibles pour toutes les femmes. Cela est lié aux dysfonctionnements des services contribuant à les éloigner des centres de santé et à cultiver en elles un sentiment de manque de confiance envers les structures de santé.

5.3.3 Le renoncement aux soins postnatals: les motifs des mères enquêtées

Dans cette étude, le manque de connaissance sur l'existence des soins postnatals est un motif important de renoncement à la consultation postnatale puisque plusieurs mères ne connaissaient ni le calendrier, ni l'importance de ces soins. Il apparait alors comme dans d'autres études (Nassiri, 2014, Somefun et al, 2016) que les mères qui ont un faible niveau d'instruction ont des difficultés à avoir accès aux soins postnatals par rapport aux autres. Cela s'expliquerait par le fait que les personnes moins instruites ont plus de difficultés à s'informer sur leur santé et à comprendre le système de santé qui est complexe (Rode, 2010) et même qu'elles disent appartenir aux blancs. En effet, dans notre étude seulement deux mères avaient un niveau primaire, les autres étaient analphabètes. En plus de l'éducation des mères, nos résultats montrent que le manque de connaissance sur l'existence des soins postnatals serait dû à l'insuffisance dans le transfert de l'information par les agents de santé. Les mères ne reçoivent pas des informations suffisantes sur l'importance et la nécessité des soins postnatals pour leur santé et celle du nouveau-né comme soulevé par d'autres études (Nassiri, 2014). L'absence de causerie à la sortie de la maternité pour certaines mères et d'une bonne stratégie d'animation de celle-ci nous semble fortement contribuer au manque de connaissance des mères sur les soins postnatals. En effet, cette stratégie n'implique pas tous les acteurs dans la causerie, ni les belles-mères, ni les maris, ni les accoucheuses villageoises. Alors que ces personnes ressources interagissent beaucoup avec les nouvelles mères dans les pratiques des soins traditionnels dès leurs retours à la maison. Dans leur étude White et al., (2014), ont rapporté que l'accord des belles-mères avec les soins traditionnels influençait négativement le recours aux soins postnatals. Par conséquent, toute stratégie d'éducation en matière de santé en faveur de ce type de soin doit intégrer ces personnes ressources ainsi que les maris des accouchées.

En outre, les représentations sociales de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnatals par les mères vont à l'encontre de celles du domaine médical. Les soins postnatals sont conçus selon une logique de prévention, de dépistage, d'anticipation sur les éventuelles complications et d'anomalies après accouchement chez la mère et le nouveau-né. Cependant, les femmes que nous avons interrogées perçoivent les soins postnatals comme relevant du domaine curatif. Elles y recourent qu'en cas de besoin avéré (complications et maladies). En effet, les mères enquêtées qui n'ont remarqué aucun dysfonctionnement durant la période postnatale ne considèrent pas nécessaire de recourir aux soins postnatals. Aussi, étant donné les pratiques sociales qui entourent l'accouchée dès son retour à domicile notamment la réclusion, les toilettes et massages du couple mère-enfant et le baptême de l'enfant, la quête des soins postnatals ne saurait être une priorité pour elles. Par conséquent, n'adhérant pas aux soins préventifs (Rode, 2010), les mères se retrouvent en marge du système de santé. Bien que les mères aient noté des contraintes d'ordre temporelles et des choix volontaires liés au non-recours aux soins, l'effet des pratiques sociales et la non-implication des belles-mères ne sont pas à négliger.

5.4 Les Forces et les limites de l'étude

Plusieurs moyens ont été utilisés pour répondre aux critères de scientificité de cette étude de cas. Malgré tous ces efforts, elle présente certaines limites.

D'abord, par rapport au mode de recrutement et de l'échantillon. La recherche s'est effectuée dans un milieu restreint, c'est-à-dire dans un nombre limité de villages (n=3). En effet, nous n'avons pas pu inclure plus de villages de l'aire sanitaire du CSPS compte tenu des contraintes financières et de temps. Ainsi, nous n'avons pas pu avoir toutes les réalités de non-recours aux soins postnatals de l'aire sanitaire.

Bien qu'il ne soit pas possible de parler de généralisation, plusieurs de nos résultats se révéleront certainement pertinents et transférables à d'autres formations sanitaires du district sanitaire présentant des caractéristiques similaires. Aussi, une certaine saturation des données a été atteinte par la triangulation des différentes données obtenues lors des entretiens individuels, de la revue documentaire et de l'observation participante.

Ensuite, le manque d'expérience de l'étudiant à conduire des entretiens individuels semi-directifs représente une limite importante à cette étude. Afin de réduire l'impact de cette inexpérience, nos premiers entretiens ont eu l'approbation de notre directrice de mémoire avant la poursuite de la collecte de données. Aussi, l'étudiant était également inexpérimenté à

la méthode d'analyse par questionnement analytique, il se peut donc que le degré de profondeur associé à ce type d'analyse n'ait pas été totalement atteint.

En plus, un biais de mémoire pourrait subvenir lors de la collecte des données, car la plupart des mères qui ont participé à cette étude avaient accouché durant la dernière année précédant la collecte des données. Cependant, avec la participation de quelques mères ayant accouché à moins de six mois de la collecte des données, les entretiens effectués avec les maris et les belles mères et les observations faites sur le terrain, ce biais a été minimisé grâce à la triangulation des différentes données obtenues.

Enfin, un biais de désirabilité sociale serait induit par le fait que l'étudiant est un infirmier, statut qui provoquait une méfiance. Certains participants 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 : une relation de confiance a été établie avec chaque participant en prônant le fait que nous observons une neutralité dans ce travail et nous assurerons une confidentialité des données et que nous ne travaillions pas actuellement avec les structures de santé.

Malgré les différentes limites que comporterait cette étude, il est indispensable de souligner ses forces. Étant une des études descriptives et exploratoires dans le champ de l'utilisation des soins postnatals dans le district de Ziniaré, cette recherche montre l'importance de donner la parole à tous les acteurs notamment les mères 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 postnatals.

Conclusion

Conclusion

La problématique de la sous-utilisation des services de soins postnatals est une réalité dans notre pays. Cette situation concerne aussi le district sanitaire de Ziniaré. Cette étude qualitative descriptive et exploratoire avait pour but d'en comprendre davantage dans ce district à travers le cas du CSPS de Zitenga.

Pour ce faire, nous nous sommes intéressés à trente-quatre répondants soit onze mères d'enfant de 42 jours à 12 mois, neuf maris, dix belles-mères et quatre agents de santé de la maternité de Zitenga. La moyenne d'âge des mères était de vingt-cinq ans [18-32] et le nombre moyen d'enfants était de 3 enfants, seulement deux d'entre elles avaient un niveau primaire. Aucune d'elles n'avait une activité mensuellement rémunérée. Toutes les mères étaient de bas niveau socioéconomique. Elles étaient toutes issues du milieu rural, et la majorité était à plus de cinq kilomètres de la formation sanitaire. Toutes les mères étaient mariées sur le plan religieux.

Sur le plan individuel, nos résultats montrent que le faible revenu des mères, leur faible niveau d'instruction, la présence du personnel de sexe masculin dans la maternité, la perception des soins postnatals et les pratiques traditionnelles sont les principaux déterminants du non-recours aux soins postnatals dans la formation sanitaire de Zitenga. En effet, les femmes rurales vivent dans un contexte de vulnérabilité économique et elles n'ont souvent accès ni à l'éducation ni à des emplois rémunérés. Aussi, la perception sociale de l'accouchement comme un problème purement féminin fait qu'au village, toute présence d'un homme en maternité est mal vue. Enfin, la demande des soins par les femmes est fortement liée à leur perception de la maladie, à la présence de complications et aux pratiques culturelles prénatales et postnatales.

Sur le plan familial, nos résultats montrent que le faible revenu des ménages et les normes socioculturelles (dont les inégalités sociales dans la prise de décision et la répartition des tâches ménagères,) sont fortement associés au non-recours aux soins postnatals. En effet, les hommes n'ont pas de travail rémunéré, la plupart sont des cultivateurs ou des jardiniers, ayant des revenus irréguliers et insuffisants pour subvenir à leur besoin et à ceux de leur famille. Les inégalités dans la répartition des tâches ménagères font que les femmes sont très occupées, les obligeant souvent à prioriser les travaux ménagers au détriment de la demande de soins. De même, elles n'ont pas le pouvoir de décision compte tenu de leur rang social et de leur faible pouvoir économique.

Quant aux facteurs liés aux services de santé qui entravent le recours aux soins postnatals, notre étude a révélé qu'ils sont essentiellement dus aux dysfonctionnements du système de santé et aux facteurs environnementaux, notamment le manque d'infrastructures adéquates et du matériel, l'insuffisance du personnel de santé, le mauvais état des routes, l'insuffisance dans la mise en œuvre de la gratuité et la mauvaise organisation des services de santé.

Au terme de ce mémoire, nous prenons conscience que des actions pourraient être posées par les différents acteurs pour améliorer le recours aux soins postnatals :

Aux responsables de la Direction régionale de la Santé du plateau central :

- Renforcer les compétences des membres ECD en matière de soins postnatals et sur les techniques de Communication d'IEC/CCC ;
- Appuyer les districts dans la formation des agents de santé en IEC / CCC en matière de soins postnatals ;
- Renforcer la qualité des soins postnatals par la mise en place de la supervision formative dans tous les districts et spécifiquement dans le district de Ziniaré;
- Renforcer le district de Ziniaré en personnel de santé (Accoucheuse auxiliaire, Accoucheuse brevetée, Sage-Femme /Maïeuticien)

Aux responsables du District sanitaire de Ziniaré :

- Intégrer le volet CPoN dans les supervisions semestrielles ;
- Améliorer la qualité de la relation soignante/soignée et de l'accueil des malades par le plaidoyer et la motivation du personnel ;
- Renforcer les connaissances et les pratiques des soignants en matière de consultation postnatale et surtout sur la prise en charge des enfants lors des CPoN de J0-J8 et J16-J42.
- Organiser des sessions de formation au profit des prestataires impliqués dans les CPoN en matière de communication interpersonnelle et d'information Éducation Communication
- renforcer la formation sanitaire en personnel (Accoucheuse brevetée, Sage –femme ou Maïeuticien).

A. :ux autorités communales et aux agents de santé de la formation sanitaire.

Les autorités communales doivent :

- Améliorer les conditions de vie des femmes à travers la promotion des Activités génératrices de Revenus (AGR) et d'octrois des microcrédits ;
- Construire et équiper une salle d'hospitalisation pour la maternité;
- Équiper la maternité en lits, matelas et matériel médico technique;
- La construction d'un Centre médical de Zitenga.

Quant aux agents de la maternité, ils doivent éventuellement :

- Informer et sensibiliser les femmes ; les maris et les belles-mères sur l'existence et l'intérêt des CPoN à travers des causeries dans tous les villages de l'aire sanitaire de Zitenga;
- Intégrer les Agents de Santé à Base communautaire (ASBC) dans la sensibilisation et la recherche des perdues de vue de la CPoN;
- Prévoir un système de relance des nouvelles mères à travers des appels téléphoniques et le réseau des ASBC, afin de respecter le planning des 2 CPoN
- Réorganiser l'offre de service en respectant les heures d'ouverture afin de réduire le délai d'attente;
- Intégrer la CPoN dans le monitorage trimestriel des activités de la maternité;
- Réaliser trimestriellement et par village le monitorage de la CPoN et faire un plaidoyer auprès des leaders communautaires sur l'utilisation de la CPoN;
- Mener la consultation postnatale tous les jours ouvrables aussi bien les matins que les soirs dans la FS;
- Profiter des autres activités du Paquet minimum d'Activité (PMA) pour assurer la consultation postnatale à toutes les bénéficiaires.

Le phénomène du non-recours aux soins postnatals demeure complexe, mais nous sommes convaincus que la mise en œuvre de ces recommandations pourrait contribuer à améliorer l'accès aux services de soins postnatals. Cependant, la question du non-recours aux soins postnatals ouvre une porte sur deux sujets, celui de la communication en milieu sanitaire et celui des pratiques traditionnelles autour des soins postnatals. On constate que la plupart des femmes ont évoqué comme motif du non-recours aux soins postnatals un problème de communication. Des études futures devraient s'attacher sur l'impact de la relation parturiente / agent de santé sur le déroulement de l'accouchement et le recours aux soins postnatals.

Aussi, la majorité des femmes ont eu des soins traditionnels postnatals une fois de retour à domicile. Pour ce faire, il serait bien intéressant que d'autres études de types ethnographiques

ou anthropologiques sur les déterminants socioculturels du non-recours aux soins postnatals soient conduites à l'échelle du pays pour une meilleure compréhension du phénomène pour permettre de formuler des actions concrètes de santé publique pour sa résolution.

Références Bibliographiques

Référence bibliographique

Attané, A. (2010). Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. *Autrepart*, (49), 155-171.

Badini, A. (1994). naitre et grandir chez les moose traditionnels - AbeBooks. Consulté 8 novembre 2016, à l'adresse https://www.abebooks.fr/rechercher-livre/titre/naitre-et-grandir-chez-les-moose-traditionnels/

Beninguisse, G., Nikièma, B., Fournier, P., & Haddad, S. (2004). L'accessibilité culturelle: une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. Consulté à l'adresse https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/5835

Bonnet, D. (1988). *Corps biologique, corps social: procréation et maladies de l'enfant en pays mossi ; Burkina Faso*. Paris: ORSTOM.

Collerette, P. (1997). METHODOLOGIE : Létude de cas au service de la recherche.pdf. *1997*, (N° 50), 88.

Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methodsapproaches* (3rd ed). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Dassetto, F., Sebahara, P., Ouedraogo, B., Nyamba, A., & Laurent, P.-J. (2004). *DÉCENTRALISATION ET CITOYENNETÉ AU BURKINA FASO - Le cas de Ziniaré* (Académia). Paris: L'Harmatan. Consulté à l'adresse http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=17855

Diallo, B. . . (2013). Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako. Consulté 7 août 2016, à l'adresse http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/SECTEURS/SANTE/pdf/Rapport%20pays_%20Mali_AFD-Sahel.pdf

Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant[DSME]. (2011). FORMATION EN SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE GUIDE DU PARTICIPANT.

Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, *10*(1), 79-86. https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004

Fassin, D. (2000). Qualifier les inégalités in Didier Faassin et al., les inégalités sociales de santé la Découverte « Recherches », 123-144.

Faye, S. (2013). Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Gorgol:Rapport pays_Mauritanie_AFD-Sahel.pdf. Duradeve Consulting.

Faye Sylvain. (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. https://doi.org/10.1684/san.2008.0111

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. https://doi.org/10.3406/sosan.2005.1665

Institut National de la Statistique et de la Démographique (INSD). (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples, 525.

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (Éd.). (2003). *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Marseille: APAD. Consulté à l'adresse http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010031060

Kanga, A. J. (2001). *les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de soins de santé maternelle: cas de l'observatoire de NIAKHAR(Senegal)* (Mémoire). Institut supérieur de santé (DSES, Dakar. Consulté à l'adresse http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents_numeriques/M0009DSES01.pdf

Kouanda, S., Boina, T., Nkiéma, L., Doulougou, B., Meda, B., &Sondo, B. (2007). Facteurs liés à la sous utilisation de la consultation post natale dans un district rural au Burkina Faso, *30*(1et 2), 103.

Langlois, É. V. (2015). Déterminants et inégalités d'utilisation des services obstétricaux essentiels dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Consulté à l'adresse https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11805

Larousse, É. (2007). Définitions : perception - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 14 novembre 2016, à l'adresse http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perception/59399

Lompo, A. B. (2013). *faible recours aux soins de santé au Burkina Faso: le cas des Femmes yadsé dans la région du nord* (Thèse). Université de Nante, France. Consulté à l'adresse https://www.google.com/search?q=google+recherche&ie=utf-8&oe=utf-8#q=le+faible+recours+aux+soins+de+sant%C3%A9+au+Burkina+Faso:+le+cas+des+femmes+yads%C3%A9+dans+la+r%C3%A9gion+nord+%3B+th%C3%A8se+de+doctorat+en+sociologie

Miles, M. B., &Huberman, M. A. (2003). *analyse des données qualitatives* (2è). Bruxelle.

Ministère de la santé. (2015a). Annuaire statistique MS 2015 Signé (1).pdf. Direction générale de s études et des statistiques sectorielles 03 BP 7009 Ouagadougou 0 3.

Ministère de la Santé, C. Z. (2015). PLAN D'ACTION du CSPS Zitenga 2016.doc. COGES du CSPS.

Ministère de la santé, Z. (2015b). Plan d'action du District Sanitaire de Ziniaré 2016. Equipe Cadre de District.

Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation, Z. (2016). Plan Communal de Développement de_ZINIARE pour la période de 2017-2021 .docx. PNGT II et Conseil Communal.

Ministère de l'amenagement du territoire et de la décentralisation, Z. (2013). RAPPORT Definitif Plan Communal de Développement : horizon 2014-2018. COMMUNE RURAL DE ZITENGA.docx. Programme National de Gestion des terroirs.

Morse, J. M. (2012). *Qualitative HealthResearch* (1 edition). Walnut Creek, Calif: Routledge.

Mucchielli, A. (1991). *Les Méthodes qualitatives* . (livre imprimé de France 1è ed). Paris: Presses universitaires de France.

Nassiri, K. (2013). les déterminants de l'utilisation de la consultation postnatale à la Préfecture de SKIRAT-TEMARA. *2014*, 74.

Ndiaye, O. (2008). Politique de santé et problématiques d'accès aux soins au Sénégal: le cas du Ferlo, 16.

Niang, M., Dupéré, S., & Bédard, E. (2015). Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. *Santé Publique*, *27*(3), 405-414.

Nkurunziza, M. (2014). Nkurunziza M. (2014). Analyse du recours aux soins obstétricaux : déterminants et motivations. Prom. : Gourbin , Catherine - Recherche Google. Consulté 4 novembre 2016, à l'adresse https://www.google.fr/#q=Nkurunziza+M.+(2014).+Analyse+du+recours+aux+soins+obst%C3%A9tricaux+:+d%C3%A9terminants+et+motivations.+++Prom.+:+Gourbin+%2C+Catherine

Olivier de Sardan, J.-P., Moumouni, A., &Souley, A. (1999). « L'accouchement c'est la guerre »-De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. *Bulletin de l'APAD*, (17). Consulté à l'adresse http://apad.revues.org/483

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain: Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, (1), 71-109. https://doi.org/10.4000/enquete.263

OMS. (2015). OMS | Mortalité maternelle aide -mémoire N°348. Consulté 10 octobre 2016, à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/

Organisation des Nations Unies. (2015). L'Assemblée générale adopte un Programme de développement durable ambitieux pour « transformer notre monde » d'ici à 15 ans |

Couverture des réunions & communiqués de presse. Consulté 19 octobre 2016, à l'adresse http://www.un.org/press/fr/2015/ag11688.doc.htm

Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113–169.

Pomerai, K. W. ilbert. (2011). Determinants of Post Natal Care Uptake in Bikita District, Masvingo Province, 2011. Consulté à l'adresse http://ir.uz.ac.zw/handle/10646/1087

Rai, R. K., Singh, P. K., & Singh, L. (2012). Utilization of maternalhealth care services amongmarried adolescent women: insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008. *Women'sHealth Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women'sHealth*, *22*(4), e407-414. https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.05.001

Ridde V, & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains - Cairn.info. Consulté 16 octobre 2016, à l'adresse https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-37.htm

Ridde, V., Robert, E., &Meessen, B. (2010). Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. *World health report*, 43.

Rode, A. (2010). *Le " non-recours "aux soins des populations précaires Constructions et receptions des normes* (thèse). Pierre Mendès - France Grenoble, France. Consulté à l'adresse http// tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488403

Rwabufigiri, B. N., Mukamurigo, J., Thomson, D. R., Hedt-Gautier, B. L., &Semasaka, J. P. S. (2016). Factorsassociatedwith postnatal care utilisation in Rwanda: A secondaryanalysis of 2010 Demographic and Health Survey data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-016-0913-0

Samb, O. M., Belaid, L., &Ridde, V. (2013). Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, (35), 34-43.

Somefun, O. D., &Ibisomi, L. (2016). Determinants of postnatal care non-utilizationamongwomen in Nigeria. *BMC Research Notes*, *9*(1). https://doi.org/10.1186/s13104-015-1823-3

Tarekegn, S. M., Lieberman, L. S., &Giedraitis, V. (2014). Determinants of maternalhealth service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 EthiopianDemographic and Health Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 161. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-161

Tesfahun, F., Worku, W., Mazengiya, F., &Kifle, M. (2014). Knowledge, Perception and Utilization of Postnatal Care of Mothers in Gondar Zuria District, Ethiopia: A Cross-SectionalStudy. *Maternal and Child Health Journal*, *18*(10), 2341-2351. https://doi.org/10.1007/s10995-014-1474-3

United Nations. (2014). The Millennium Development Goals Report. *2014*, p. 59.

Warin, P. (2010a). Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? *La Vie des idées*, *1*. Consulté à l'adresse http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html

Warin, P. (2010b, le juin). Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? *2010*. Consulté à l'adresse http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html

Warren, C., Daly, P., Toure, L., &Mongi, P. (2006). Postnatal care. *Opportunities for Africa‟ s Newborns. Cape Town, South Africa: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*, 79–90.

White, D., Dynes, M., Rubardt, M., Sissoko, K., & Stephenson, R. (2014). influence du pouvoir intrafamilial sur les soins de santé maternelle au Mali: perspectives des femmes, des hommes et des belles. *2014*, p. pp12-23.

Zamawe, C. F., Masache, G. C., & Dube, A. N. (2015). The role of the parents' perception of the postpartum period and knowledge of maternalmortality in uptake of postnatal care: a qualitative exploration in Malawi. *International Journal of Women'sHealth*, *7*, 587-594. https://doi.org/10.2147/IJWH.S83228

Zongo S. (2005). *Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou : le cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et du CSPS de Koubri.* (Mémoire de maitrise). Ouagadougou: Université.

Annexes

Annexes :

Annexe1: Guide observation

<u>Unités d'observation :</u>

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 des femmes (les champs par exemple). L'outil qui sera utilisé est l'observation directe. Nous allons observer juste les villages qui seront choisis pour cette étude.

Statut et occupation des femmes : Nous observerons les activités quotidiennes des femmes dans leur milieu, nous nous intéresserons au lieu de fréquentation des femmes donc,les champs et autres milieux identifiés sur le terrain. Également, nous observerons les attitudes, le statut et le rôle des femmes au sein de la communauté et particulièrement des femmes ayant des enfants cibles.

Le milieu de soins : le milieu de soins identifié pour cette étude est le centre de santé et de promotion sociale de Zitenga. Nous allons observer dans ce milieu de soin une 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 lors de la sortie des accouchées de la maternité;
- ✓ Les services qui sont offerts et la description de ces services :
- ✓ les activités des praticiens (sage-femme, accoucheuse auxiliaire brevetée, accoucheuse traditionnelle)

Annexe 2: Formulaire d'information et de consentement aux participants (es)

Présentation de l'étudiant

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de master 2 de Sorgho Émile, dirigée par docteur Ramatou OUEDRAOGO en socio anthropologue à Bordeaux en France et par docteur Sawadogo Michel NASSA médecin de santé publique, chargé de programme SR/SM à UNFPA de Ouagadougou.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez lire attentivement pour 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 '**Déterminants du non-recours aux services des soins postnatals : cas du Centre de Santé et de Promotion Sociale de Zitenga**'. Elle a pour l'objectif général de comprendre les déterminants du non-recours aux services publics de soins postnatals dans l'aire sanitaire de Zitenga dans le district de Ziniaré, le présent projet vise spécifiquement :

4. Apprécier les déterminants liés aux services de santé qui favorisent le non-recours des soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga ;
5. Explorer les facteurs familiaux qui entravent le recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga ;
6. Rechercher les facteurs individuels qui entravent le recours aux soins postnatals par les mères dans l'aire sanitaire de Zitenga.

Ces connaissances nous permettront de faire des propositions par la suite qui seront appuyées par les autorités régionales et provinciales pour améliorer les services publics de soins postnatals qui existent dans votre communauté. Cette étude n'a pas pour objectif de vous juger. Elle veut mettre en lumière des éléments en rapport à vos préférences et à vos attentes durant l'accouchement et les soins postnatals. Afin, de participer à l'amélioration des services de soins postnatals dans votre communauté.

Déroulement de la participation

Dans le cadre de cette recherche, vous êtes invitées à participer à une entrevue individuelle qui sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et sera transcrite sur papier. Vous serez invitées lors de ces entrevues à discuter avec nous de certaines questions qui vous seront posées, mais vous serez libre de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions.

Également, vous pouvez accepter ou refuser de participer à l'entrevue. L'entrevue individuelle d'une durée d'environ 1 h 20, sera réalisée au moment de votre choix et portera sur les éléments suivants :

- Vos expériences d'accouchements et de postnatales ;
- Les croyances et pratiques culturelles qui entourent la grossesse, l'accouchement et le postpartum ;
- Les perceptions que vous avez des services publics de soins postnatals ;
- Votre expérience de travail en tant qu'agents de santé dans le CSPS de Zitenga

Avantages, inconforts et 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 l'accouchement et postpartum, de vos préférences et attentes durant ces périodes et aussi des raisons de votre non-recours aux services de santé durant la période postnatale. 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 votre communauté.

Le principal inconvénient est de consacrer de 60 à 80 minutes de votre temps pour participer à l'entrevue. Le fait de raconter vos expériences d'accouchement et du postpartum peuvent susciter des souvenirs émouvants ou désagréables, si cela se produit, vous pouvez le notifier à l'étudiant qui en tiendra compte. Aussi, si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous pouvez simplement refuser d'y répondre sans avoir à vous justifier. Enfin, le fait de participer à cette recherche ne vous donne pas droit à une rémunération.

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 bien conservé 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;

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 avril 2019.

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'étudiant, Sorgho Émile, au numéro de téléphone suivant (**70 75 70 22**), ou à l'adresse courriel suivante : (**ardellia22@yahoo.fr**).

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 : '**Déterminants du non-recours aux services des soins postnatals : cas du Centre de Santé et de Promotion sociale de Zitenga**'. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait (e) des explications, précisions et réponses que l'étudiant m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

_____

Signature ou empreinte digitale du participant ou de la participante Date

Nom et prénoms de l'enquêteur :

_____

Signature Date

Annexe 3: Grille d'appréciation du matériel utilisé pour les soins postnatals

Désignation	Existant			Observation		
				Etat		
	Oui	Non	Quantité	Bon	Passable	Mauvais
Thermomètre médical						
Tensiomètre						
Table d'examen						
Balance pèse-personne						
Balance pèse-bébé						
Aspirateur pour bébé						
Mètre ruban						
Spéculum						
Minuterie / chrono						
Valves						

1. Disponibilité d'une salle d'attente avec des bancs en quantité suffisante
2. Disponibilité d'une salle de consultation postnatale équipée pour l'examen physique et préservant l'intimité des consultantes
3. Existence de registre de soins postnatals

Liste du matériel utilisé pour les soins postnatals

Désignation	Existant			Observation		
				Etat		
	Oui	Non	Quantité	Bon	Passable	Mauvais
Thermomètre médical	x		02	02		
Tensiomètre	x		01	01		
Table d'examen	x		03	01	02	
Balance pèse-personne	x		01	01		
Balance pèse-bébé	x		01	01		
Aspirateur pour bébé	x		01	01		
Mètre ruban	x		04	04		
Spéculum	x		09	08	01	
Minuterie / chrono	x		0	0		
valves	x		05	05		

4. Salle d'attente : Hall avec des trois bancs en béton.
5. Salle de consultation postnatale équipée : existe non équipée et pas utilisée
6. Registre de soins postnatals disponible

MINISTERE DE LA SANTE

REGION DU PLATEAU CENTRAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

N° 2017/ 00129 /MS/RPCL/DRS-PCL

Ziniaré, le 14 Mars 2017

LA DIRECTRICE RÉGIONALE

A

Monsieur le Directeur de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Santé (IFRIS)
- Ouagadougou -

Objet : *Réponse à votre demande de collecte de données*

Monsieur le Directeur

J'accuse réception de votre correspondance du 21 février 2017, relative à une demande d'autorisation de collecte de données dans le cadre de la formation des agents de santé en Master Sciences Infirmières et Sciences Maïeutiques et Santé de la Reproduction.

Par la présente, je marque mon accord pour la collecte des données par l'étudiant **SORGHO Emile**, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude, sur le thème : ***« Perception des mères sur le non recours aux soins postnatals : cas du centre de santé et de promotion social de Zitenga »***.

A cet effet, il prendra attache avec le Médecin chef du district sanitaire de Ziniaré pour les modalités pratiques de la collecte des données.

Tout en espérant que les résultats de cette étude seront partagés avec le district concerné, je vous prie d'accepter Monsieur le directeur, mes salutations distinguées.

Ampliations :
- District sanitaire Ziniaré
- Archives/Chrono

Ministère de la Santé ★ Direction Régionale de la Santé du Plateau Central ★ La Directrice

Dr Elise DIENDERE
Chevalier de l'Ordre National

Annexe 4: Grille d'entrevue des mères

1. Section I : facteurs individuels

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Caractéristiques socioéconomiques	Parlez –moi de vos activités génératrices de revenus ?	• Que faites-vous comme activité ? • Combien gagnez-vous environ par mois ? • Comment gérez-vous vos gains ? • Que fait votre mari ? Qui d'autre travaille dans la famille ? • Mettez –vous de l'argent de côté (tontine, cauris d'or, micro finance) ? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ?
Représentations sociales	Parlez-moi du déroulement de votre dernière grossesse ?	• Quelles sont les pratiques que vous avez faites à la maison pendant votre grossesse ? Avez-vous pris des précautions pour préserver votre grossesse ? Lesquelles ? (Recommandations, interdits alimentaires, sociaux et culturels, types d'activités physiques)? D'où tenez-vous ces recommandations (votre expérience, le voisinage, le devin, le tradithérapeute, les agents de santé)? • Quels sont les signes de danger pendant la grossesse que vous connaissez ? • Avez-vous eu recours aux structures de santé? Si oui quand? et pour quelles raisons? •
	Que représente (perception) une grossesse pour vous ?	• Est-ce qu'une maladie ? • Quelle valeur représente-t-elle ? • Que procure-t-elle à la femme et sa famille ?
	Racontez-moi comment l'accouchement a débuté	• Qu'est-ce qui a été fait à la maison ? Par qui et pourquoi ? • Comment les décisions ont-elles été prises à la maison ? Par qui et pourquoi ? • À quel moment êtes-vous allé au centre de santé ? • Qu'est-ce qui a été fait au centre de santé du début de l'accouchement jusqu'à la fin ? Par qui et pourquoi ? • Dans quelles conditions les femmes désirent-elles accoucher dans votre communauté ? Quelle

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
		position ? Quel type de confort moral et social ? Qui est autorisé à assister ? •
	Racontez-moi le déroulement du postpartum ?	• Qu'est-ce qui a été fait au centre de santé après votre accouchement ? Par qui et pourquoi ? • Quelles ont été les consignes lorsque vous sortiez de l'hôpital? Qui les a données et à qui ? Que pensez-vous de ces consignes ? Qu'avez-vous fait par rapport à ces consignes? • Que pensez-vous de l'attitude des soignants pendant à chaque étape de votre séjour à l'hôpital ? • Parlez-moi des avantages et les inconvénients d'accoucher dans une structure de santé ? • Qu'est-ce qui a été fait à la maison par rapport à vous et au nouveau-né, après le retour de l'hôpital? Par qui et pourquoi ? • Est-ce qu'il y a des consignes que vous deviez obligatoirement suivre (par rapport à la tradition par exemple) ? Quelles étaient ces consignes ? Qui a voulu que vous les respectiez ? • Arrivez-vous à appliquer ces consignes en même temps que ceux des agents de santé ? Si oui, comment faites-vous ? Sinon, pourquoi et laquelle des consignes privilégiez-vous dans ces cas ? • Qu'est-ce que vous faites actuellement par rapport à vous et à votre enfant ? • Parlez-moi des signes de danger du postpartum pour la mère et pour le nouveau-né que vous connaissez? Et que faites-vous en présence d'un des signes ?

2. Section II : facteurs familiaux

Sous-section	Question principale	Questions secondaires
Organisation de la famille	Quel est le rôle de chaque membre au sein de votre famille ?	• Quel est le rôle du chef de famille ? • Quel est le rôle de la femme ? • Quel le rôle de la belle-mère et les autres membres ? •
	Parlez-moi des habitants dans la cour, les liens, les rapports qu'ils entretiennent ?	• Avec qui vivez-vous ici ? Quels sont vos liens avec ces personnes ? • Depuis combien de temps êtes-vous marié avec votre mari, comment êtes-vous connus ?

Sous-section	Question principale	Questions secondaires
		• Comment appréciez-vous votre relation avec votre mari ? • Quels rapports entretenez-vous avec les autres membres de la cour ? • Est-ce que vos relations avec ces autres membres influent sur votre relation avec votre mari ? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ?
Prise de décision au sein de la famille	Parlez-moi de la prise de décision au sein de votre famille ?	• Comment les décisions sont-elles prises dans la famille ? Et pourquoi ? • Parlez-moi des personnes qui interviennent dans les décisions de recours aux soins (cas de grossesse, d'accouchement et soins du nouveau-né) ? • Dans votre famille, qui prendre la décision en cas de problème de santé ? Et pourquoi ? • Décrivez-moi le rôle de chacun des membres de votre famille dans la prise de décision ? • Parmi les personnes de votre famille, quelles sont les plus influentes (écoutée) ? Pourquoi ? • Quelles sont les personnes les plus impliquées dans le paiement des soins dans votre communauté ? Et pourquoi ? • Comment les ressources sont-elles gérées dans la famille ? Par qui et pourquoi ?

3. Section III : Facteurs liés aux services de santé

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Accessibilité des services	• Existe-t-il des 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?)
Qualité des soins	Que pensez-vous des services de santé maternelle et néonatale ?	• Qu'avez-vous apprécié ? Que n'avez-vous pas apprécié pendant votre séjour en maternité? Et pourquoi ?

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
		• Connaissez-vous l'existence d'autres types de soins après accouchement, à part les soins que vous avez reçus ? • Parlez-moi des avantages ou des inconvénients liés à l'utilisation des services de soins postnatals? • Que pensez-vous de la manière dont les prestataires de soins de santé de la localité vous accueillent, vous parlent et vous prennent en charge ?
	Pourquoi n'êtes-vous pas allée consulter un professionnel de la santé durant votre période postnatale (dans les 42 jours) ?	• Est-ce que c'est un choix personnel? • Est-ce qu'une contrainte ? • Avez-vous eu l'information ?
Suggestions et recommandations	Quelles sont vos suggestions et recommandations pour améliorer les services de santé maternelle et néonatale ?	• Quels sont les types de besoin que vous jugez non satisfaits concernant les services de santé maternelle et néonatale ? • À votre avis, qu'est-ce qui doit être fait pour améliorer la fourniture des services de soins postnatals dans la localité ? • Autre chose que vous souhaiteriez ajouter ?

4. **Caractéristiques sociodémographiques :**

Niveau d'instruction :

Âgé de la femme :

Statut matrimonial :

Nombre d'enfants :

Parité :

Annexe 5: Grille d'entrevue des Belles-Mères

5. Section I : facteurs individuels

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Caractéristiques socioéconomiques	Parlez –moi de vos activités génératrices de revenus ?	❖ Que font votre fils et votre belle-fille comme activités ? ❖ Combien gagnez-vous environ par mois ? ❖ Comment gérez-vous vos gains ? ❖ Qui d'autre travaille dans la famille ? ❖ Mettez –vous de l'argent de côté (tontine, cauris d'or, micro finance) ? Si oui ,pourquoi ? Sinon pourquoi ?
Représentations sociales	Parlez-moi du déroulement de la dernière grossesse de votre belle-fille ?	❖ Avez-vous été impliqué dans la gestion de la grossesse de votre belle-fille ? Si oui, comment ? ❖ Quels sont les signes de danger pendant la grossesse que vous connaissez ? ❖ Avez-vous pris des précautions pour préserver la grossesse de votre belle-fille ? Lesquelles ? (Recommandations, interdits alimentaires, sociaux et culturels, types d'activités physiques)? D'où tenez-vous ces recommandations (votre expérience, le voisinage, le devin, le traditherapeute, les agents de santé) ? ❖ Avez-vous eu recours aux structures de santé pour la grossesse de votre belle? Si oui quand? Et pour quelles raisons? ❖ Si vous n'avez pas été impliqué dans la gestion de la grossesse, dites-moi pourquoi vous ne l'avez pas été ?
	Que représente (perception) une grossesse pour vous ?	❖ Est-ce qu'une maladie ? ❖ Quelle valeur représente-t-elle ? ❖ Que procure-t-elle à la femme et sa famille ?
	Racontez-moi comment l'accouchement de votre belle-fille a débuté	❖ Qu'est-ce qui a été fait à la maison ? Par qui et pourquoi ? ❖ Comment les décisions ont-elles été prises à la maison ? Par qui et pourquoi ? ❖ À quel moment êtes-vous allés au centre de santé ? ❖ Qu'est-ce qui a été fait au centre de santé du début de l'accouchement jusqu'à la fin ? Par qui et pourquoi ?

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
		❖ Dans quelles conditions les femmes désirent-elles accoucher dans votre communauté ? Quelle position ? Quel type de confort moral et social ? Qui est autorisé à assister ?
	Racontez-moi le déroulement du postpartum de votre belle-fille?	❖ Qu'est-ce qui a été fait au centre de santé après l'accouchement de votre belle-fille ? Par qui et pourquoi ? ❖ Quelles ont été les consignes lorsque votre belle-fille sortait de l'hôpital ? Qui les a données et a qui ? Que pensez-vous de ces consignes ? Qu'avez-vous fait pour que ces consignes soient respectées ? ❖ Parlez-moi des avantages et les inconvénients d'accoucher dans une structure de santé ? ❖ Que pensez-vous-vous de l'attitude des soignants pendant à chaque étape de votre séjour à l'hôpital ? ❖ Qu'est-ce qui a été fait à la maison par rapport à votre belle-fille et à votre petit fils, après le retour de l'hôpital? Par qui, et pourquoi ? ❖ Est-ce qu'il y a des consignes qu'elle devait obligatoirement suivre (par rapport à la tradition) ? Quelles étaient ces consignes ? Qui a voulu que votre belle-fille les respecte ? ❖ Arrivez-vous à appliquer ces consignes en même temps que ceux des agents de santé ? Si oui, comment faites-vous ? Sinon, pourquoi, et,laquelle des consignes privilégiez-vous dans ces cas ? ❖ Qu'est-ce qui est fait actuellement par rapport à votre belle-fille et à votre petit fils ? ❖ Parlez-moi des signes de danger du postpartum pour la mère et pour le nouveau-né que vous connaissez? Et que faites-vous en présence d'un des signes ?

6. Section II : facteurs familiaux

Sous-section	Question principale	Questions secondaires
Organisation de la famille	Quel est le rôle de chaque membre au sein de votre famille ?	❖ Quel est le rôle du chef de famille ? ❖ Quel est le rôle de la femme ? ❖ Quel le rôle de la belle-mère et les autres membres ?
	Parlez-moi des habitants dans la cour, les liens, les rapports qu'ils entretiennent ?	❖ Avec qui vivez-vous ici ? Quels sont vos liens avec ces personnes ? ❖ Comment appréciez-vous votre relation avec votre belle-fille? ❖ Quels rapports entretenez-vous avec les autres membres de la cour ? ❖ Est-ce que vos relations avec ces autres membres influent sur votre relation avec votre belle- fille? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ?
Prise de décision au sein de la famille	Parlez-moi de la prise de décision au sein de votre famille ?	❖ Comment les décisions sont-elles prises dans la famille ? Et pourquoi ? ❖ Parlez-moi des personnes qui interviennent dans les décisions de recours aux soins (cas de grossesse, d'accouchement et soins du nouveau-né) ? ❖ Dans votre famille, qui prendre la décision en cas de problème de santé ? Et pourquoi ? ❖ Décrivez-moi le rôle de chacun des membres de votre famille dans la prise de décision ? ❖ Parmi les personnes de votre famille, quelles sont les plus influentes (écoutée) ? Pourquoi ? ❖ Quelles sont les personnes les plus impliquées dans le paiement des soins dans votre communauté ? Et pourquoi ? ❖ Comment les ressources sont-elles gérées dans la famille ? Par qui et pourquoi ?

7. Section III : Facteurs liés aux services de santé

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Accessibilité des services	Existe-t-il des 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?)
Qualité des soins	Que pensez-vous des services de santé maternelle et néonatale ?	❖ Connaissez-vous des services qu'une femme doit utiliser dans un centre de santé dans les quelques semaines suivant son accouchement ? ❖ Pourquoi ces soins sont-ils fournis et que pensez-vous de la manière qu'ils sont dispensés (qualités) ? ❖ Que pensez-vous des comportements et attitudes des prestataires de ces soins ? Pourquoi un tels comportement ou attitude ? ❖ Parlez-moi des facteurs qui empêchent les femmes d'utiliser les services de Soins postnatals au niveau de votre centre de santé ?
	Pourquoi votre belle-fille n'est-elle pas, retournez à l'hôpital après son accouchement ?	❖ Est-ce que c'est un choix personnel? ❖ Est-ce qu'une contrainte ? ❖ Avez-vous eu l'information ?
Suggestions et recommandations	Quelles sont vos suggestions et recommandations pour améliorer les services de santé maternelle et néonatale ?	❖ Quels sont les types de besoin que vous jugez non satisfaits concernant les services de santé maternelle et néonatale ? ❖ À votre avis, qu'est-ce qui doit être fait pour améliorer la fourniture des services de soins postnatals dans la localité ? ❖ Autre chose que vous souhaiteriez ajouter ?

8. **Caractéristiques sociodémographiques :**
   - Nom et Prénoms :
   - Âge :
   - Niveau d'instruction :
   - Village :
   - Statut socio-économique :
   - Nombre d'enfants :
   - État matrimonial :

Annexe 6:Grille d'entrevue des Maris

9. **Section I : facteurs individuels**

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Caractéristiques socioéconomiques	Parlez –moi de vos activités génératrices de revenus ?	❖ Parlez –moi de vos activités génératrices de revenus ? ❖ Que faites-vous comme activités ? ❖ Combien gagnez-vous environ par mois ? ❖ Comment gérez-vous vos gains ? ❖ Que fait votre femme ? Qui d'autre travaille dans la famille ? ❖ Mettez –vous de l'argent de côté (tontine, cauris d'or, micro finance) ? si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ?
Représentations sociales	Parlez-moi du déroulement de la dernière grossesse de votre femme?	❖ Avez-vous été impliqué dans la gestion de la grossesse ? Si oui, comment? ❖ Quels sont les signes de danger pendant la grossesse que vous connaissez? ❖ Avez-vous pris des précautions pour préserver la grossesse de votre femme? Lesquelles? (Recommandations, interdits alimentaires, sociaux et culturels, types d'activités physiques)? D'où tenez-vous ces recommandations (votre expérience, le voisinage, le devin, le traditherapeute, les agents de santé)? ❖ Avez-vous eu recours aux structures de santé? Si oui quand? Et pour quelles raisons? ❖ Si vous n'avez pas été impliqué dans la gestion de la grossesse, dites-moi pourquoi vous l'avez pas été ?
	Que représente (perception) une	❖ Est-ce qu'une maladie ? ❖ Quelle valeur représente-t-elle ?

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
	grossesse pour vous ?	❖ Que procure-t-elle à la femme et sa famille ?
	Racontez-moi comment l'accouchement de votre femme a débuté	❖ Qu'est-ce qui a été fait à la maison ? Par qui et pourquoi ? ❖ Comment les décisions ont-elles été prises à la maison ? Par qui, et pourquoi ? ❖ À quel moment êtes-vous allés au centre de santé ? ❖ Qu'est-ce qui a été fait au centre de santé du début de l'accouchement jusqu'à la fin ? Par qui et pourquoi ? ❖ Dans quelles conditions les femmes désirent-elles accoucher dans votre communauté ? Quelle position ? Quel type de confort moral et social ? Qui est autorisé à assister
	Racontez-moi le déroulement du postpartum de votre femme?	❖ Qu'est-ce qui a été fait au centre de santé après l'accouchement de votre femme ? Par qui et pourquoi ? ❖ Quelles ont été les consignes lorsque vous sortiez de l'hôpital? Qui les a données et a qui ? Que pensez-vous de ces consignes ? Qu'avez-vous fait pour que ces consignes soient respectées ? ❖ Parlez-moi des avantages et les inconvénients d'accoucher dans une structure de santé ? ❖ Que pensez-vous-vous de l'attitude des soignants pendant à chaque étape de votre séjour à l'hôpital ? ❖ Qu'est-ce qui a été fait à la maison par rapport à votre femme et au nouveau-né, après le retour de l'hôpital? Par qui et pourquoi ? ❖ Est-ce qu'il y a des consignes qu'elle devait obligatoirement suivre (par rapport à la tradition) ? Quelles étaient ces consignes ? Qui a voulu que votre femme les respecte ? ❖ Arrivez-vous à appliquer ces consignes en même temps que ceux des agents de santé ? Si oui, comment faites-vous ? Sinon, pourquoi et laquelle des consignes privilégiez-vous dans ces cas ? ❖ Qu'est-ce qui est fait actuellement par rapport à votre femme et à votre enfant ? ❖ Parlez-moi des signes de danger du postpartum pour la mère et pour le nouveau-né que vous connaissez? Et que faites-vous en présence d'un des signes ? ❖ Pourquoi votre femme n'est-elle pas retournez à l'hôpital après son accouchement ?

10. Section II : facteurs familiaux

Sous-section	Question principale	Questions secondaires
Organisation de la famille	Quel est le rôle de chaque membre au sein de votre famille ?	❖ Quel est le rôle du chef de famille ? ❖ Quel est le rôle de la femme ? ❖ Quel le rôle de la belle-mère et les autres membres ?
	Parlez-moi des habitants dans la cour, les liens, les rapports qu'ils entretiennent ?	❖ Avec qui vivez-vous ici ? Quels sont vos liens avec ces personnes ? ❖ Depuis combien de temps êtes-vous marié avec votre femme? Comment êtes-vous connus ? ❖ Comment appréciez-vous votre relation avec votre femme? ❖ Quels rapports entretenez-vous avec les autres membres de la cour ? Est-ce que vos relations avec ces autres membres influent sur votre relation avec votre femme? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi?
Prise de décision au sein de la famille	Parlez-moi de la prise de décision au sein de votre famille ?	❖ Comment les décisions sont-elles prises dans la famille ? Et pourquoi ? ❖ Parlez-moi des personnes qui interviennent dans les décisions de recours aux soins (cas de grossesse, d'accouchement et soins du nouveau-né) ? ❖ Dans votre famille qui prendre la décision en cas de problème de santé ? Et pourquoi ? ❖ Décrivez-moi le rôle de chacun des membres de votre famille dans la prise de décision ? ❖ Parmi les personnes de votre famille, quelles sont les plus influentes (écoutée) ? Pourquoi ? ❖ Quelles sont les personnes les plus impliquées dans le paiement des soins dans votre communauté ? Et pourquoi ? ❖ Comment les ressources sont-elles gérées dans la famille ? Par qui et pourquoi ?

11. Section III : Facteurs liés aux services de santé

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Accessibilité des services	Existe-t-il des contraintes à utiliser les services de santé?	• Est-ce qu'ils sont facilement accessibles? (Concernant le coût des soins, le transport, la distance géographique)
Qualité des soins	Que pensez-vous des services de santé maternelle et néonatale ?	❖ Connaissez-vous des services qu'une femme doit utiliser dans un centre de santé dans les quelques semaines suivant son accouchement ? ❖ Pourquoi ces soins sont-ils fournis et que pensez-vous de leurs qualités ? ❖ Que pensez-vous des comportements et attitudes des prestataires de ces soins ? Pourquoi un tels comportement ou attitude ? ❖ Parlez-moi des facteurs qui empêchent les femmes d'utiliser les services de Santé maternelle et de nouveau-né au niveau de votre centre de santé ?
	Pourquoi votre femme n'est-elle pas, retournez à l'hôpital après son accouchement ?	❖ Est-ce que c'est un choix personnel? ❖ Est-ce qu'une contrainte ? ❖ Avez-vous eu l'information ?
Suggestions et recommandations	Quelles sont vos suggestions et recommandations pour améliorer les services de santé maternelle et néonatale ?	❖ Quels sont les types de besoin que vous jugez non satisfaits concernant les services de santé maternelle et néonatale ? ❖ À votre avis, qu'est-ce qui doit être fait pour améliorer la fourniture des services de santé maternelle et néonatale dans la localité ? ❖ Autre chose que vous souhaiteriez ajouter ?

12. Caractéristiques sociodémographiques :

- Nom et Prénoms :
- Âge :
- Niveau d'instruction :
- Village :
- Statut socio-économique :
- Nombre d'enfants :
- État matrimonial :

Annexe 7: Grille d'entretien pour le personnel de santé

Section I : Infrastructures et équipements

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Disponibilité des infrastructures	**Parlez-moi des infrastructures existantes dans votre maternité ?**	• Que pensez-vous de leur nombre et de leur état ? • Comment ces infrastructures sont-elles entretenues ?
Disponibilité des équipements	**Parlez-moi de vos équipements dans votre maternité ?**	• Que pensez-vous de vos équipements ? (leurs qualités, leurs disponibilités et leurs utilisations) • Comment acquériez-vous vos équipements ? • Existe-t-il un système de maintenance ? Si oui comment se fait –elle ? Sinon pourquoi ?

Section II : Organisation du travail et soins de santé maternelle et néonatale

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Organisation du travail	**Parlez-moi de l'organisation de travail au sein de votre maternité ?**	• Comment le travail est réparti à la maternité ? (répartition des postes, description des postes, programme de travail) • Quels sont les services que vous offrez en matière de la santé maternelle et néonatale ? • Décrivez-moi le rôle de chaque agent de santé en maternité ? • Comment les absences et les congés sont-ils gérés ? • Comment les gardes et les permanences sont-elles organisées ?
Sous-section	**Question principale**	**Questions complémentaires**
Soins de santé maternelle et néonatale	**Parlez-moi des soins postnatals ?**	• Comment s'effectuent l'accueil et la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en consultation postnatale ? • Décrivez-moi les activités lors de la sortie d'une accouchée ? • Quelles sont les informations qui sont données aux femmes ? Où et comment sont données ces informations ? • Comment les consultations postnatales sont-elles programmées ? • Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exécution des consultations postnatales ?

Section II : Formations et supervisions

Sous-section	Question principale	Questions complémentaires
Formations et supervisions reçues	**Parlez-moi des formations et des supervisions, et que vous avez reçues en matière de soins maternels et néonataux ?**	• Parlez-moi des formations que vous avez reçues en matière de la santé de la mère et de l'enfant ? Si oui, depuis quand ? • Avez-vous eu une formation spécifique sur la consultation postnatale ? Si oui quels étaient les modules développés ? • Quelles sont les supervisions que vous avez reçues ces deux dernières années ? • Avez-vous reçu une supervision spécifique Santé de la reproduction ? Si oui quels étaient les termes de référence ?
Suggestions et recommandations	**Quelles sont vos suggestions et recommandations pour améliorer les services de soins postnatals ?**	• Que pensez-vous de l'utilisation des services de soins postnatals ? • Quels sont les types de besoin que vous jugez non satisfaits concernant les services de santé maternelle et néonatale ? • À votre avis, qu'est-ce qui doit être fait pour améliorer la fourniture des services de santé maternelle et néonatale dans la localité ?

13. Caractéristiques sociodémographiques :

- Nom
- Prénoms :
- Âge :
- Statut :
- Nombre d'années de service :

Caractéristiques de l'échantillon des mères

Enquêtés	Age	Date d'accouchement	Nombre d'enfants	Statut matrimonial	Date d'entretien	Durée de l'entretien	Occupations	Niveau d'instruction	Village
Mère 1	25 ans	20/08/2016	03	Mariée	3/06/2017		Vendeuse de fruits	CEI	Tanlili
Mère 2	35 ans	12/09/2016	04	Mariée	11/06/2017	49 mn 03 s	Vendeuse de Soumbala	Aucun	Tanlili
Mère 3	22 ans	29/09 /2016	02	Mariée	11/06/2017	40 mn 23 s	Tisseuse de cordes	Aucun	Tanlili
Mère 4	27 ans	08/11/2016	03	Mariée	12/06/2017	45 mn 58 s	Tisseuse de cordes	Aucun	Tanlili
Mère 5	18 ans	18/12/2016	02	Mariée	12/06/2017	30mn20 s	Tisseuse de cordes	Aucun	Tanlili
Mère 6	18 ans	20/08/2016	01	Mariée	15/06/2017	37 mn 55 s	Vendeuse de zoom-koom	Aucun	Tanlili
Mère 7	23 ans	09/08/2016	02	Mariée	15/06/2017	45 mn 51s	Agriculture	CMI	Tanlili
Mère 8	21 ans	12/09/2016	01	Mariée	24/06/2017	38 mn 47 s	Agriculture	Aucun	Dianema
Mère 9	23 ans	11/11/2016	04	Mariée	24/06/2017	56 mn 15s	Agriculture	Aucun	Dianema
Mère 10	32 ans	29/12/2016	05	Mariée	27/06/2017	28 mn 28 s	agriculture	Aucun	Nonghin
Mère11	32 ans	20/10/2016	05	Mariée	27/06/2017	24 mn35 s	Tourteau d'arachide	Aucun	Nonghin

Caractéristiques des belles-mères

Enquêtés	Age	Nombre d'enfants	Statut matrimonial	Date d'entretien	Durée de l'entretien	Occupations	Niveau d'instruction	Village
Belle-mère 1	54 ans	03	religieux	3/06/2017	57 mn 24 s	vendeuse de soumbala	Alphabétisée	Tanlili
Belle-mère 2	70 ans	04	religieux	11/06/2017	23 mn 16s	Tisseuse de cordes	Aucun	Tanlili
Belle-mère 3	60 ans	06	religieux	11/06/2017	26 mn 22s	Tisseuse de corde	Aucun	Tanlili
Belle-mère 4	65 ans	04	religieux	12/06/2017	35 mn51 s	Tisseuse de corde	Aucun	Tanlili
Belle-mère 5	47 ans	05	religieux	12/06/2017	41 mn 16s	vendeuse de soja	CMII	Tanlili
Belle-mère 6	60 ans	05	religieux	15/06/2017	26 mn55 s	vendeuse de soumbala	Aucun	Tanlili
Belle-mère 7	39 ans	07	religieux	24/06/2017	30 mn 54s	Tisseuse de cordes	Aucun	Dianema
Belle-mère 8	54 ans	03	religieux	24/06/2017	60 mn	Agriculture	Aucun	Dianema

Belle-mère 9	62 ans	08	Religieux	27/06/2017	26 mn 33 s	Tisseuse de cordes	Aucun	Nonghin
Belle-mère 10	60 ans	08	coutumier	27/06/2017	28 mn 34s	Tisseuse de cordes	Aucun	Nonghin

Caractéristiques des maris

Enquêtés	Age	Nombre d'enfants	Statut matrimonial	Date d'entretien	Durée de l'entretien	Occupations	Niveau d'instruction	Village
Mari 1	33 ans	04	Religieux	3/06/2017	62 mn 20s	Petits commerces	4 è collège	Tanlili
Mari 2	47 ans	10	Religieux	11/06/2017	70mn 30s	Petit commerce	alphabétisé	Tanlili
Mari 3	29 ans	02	Religieux	11/06/2017	54 mn 22s	Maçon	CEII	Tanlili
Mari 4	42 ans	04	Religieux	12/06/2017	58 mn 53 s	Jardinier	Aucun	Tanlili
Mari 5	45 ans	07	Religieux	12/06/2017	35 mn 20 s	Photographe	Aucun	Tanlili
Mari 6	45 ans	11	Religieux	15/06/2017	51 mn 37 s	Cultivateur	Aucun	Tanlili
Mari 7	24 ans	01	Religieux	24/06/2017	29 mn 48 s	Jardinier	4 è collège	Dianema
Mari 8	49 ans	02	Religieux	24/06/2017	49 mn 34 s	Jardinier	Aucun	Dianema
Mari 9	59 ans	07	Religieux	27/06/2017	25 mn 50 s	Cultivateur	Aucun	Nonghin

Caractéristiques des agents de santé

Enquêtés	Age	Qualification	Ancienneté /an	Durée entretien
S A 1	30 ans	AA	6	30 min 45 s
S A 2	35 ans	SFE	6	27 min 11 s
S A 3	38 ans	AA	9	20 min 47 s
S A 4	33 ans	ME	6	27 min 29 s