

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**  
=====

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE  
EN SCIENCES HUMAINES (UFR/SH)**  
=====

**DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE**  
=====

**MEMOIRE DE MAITRISE**

**LA COMMUNAUTE FACE AUX RISQUES DE  
COMPLICATIONS LIEES A LA MATERNITE :  
DISCOURS ET PRATIQUES.  
CAS DE KOMSILGA ET RAKAYE**

Présenté et soutenu par **Tounsida Noële Lydia TAPSOBA**

Sous la direction de **Monsieur André SOUBEIGA**, Maître-assistant

Année académique 2000-2001



## **DEDICACE**

A mes parents, ce travail est la reconnaissance des multiples efforts consentis à mon éducation.

## REMERCIEMENTS

Au terme de ces quatre années de formation, nous voudrions exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui, à quelque niveau que ce soit ont contribué à la réalisation de ce mémoire ;

A l'ensemble des enseignants du département de sociologie pour leurs conseils, particulièrement à Monsieur SOUBEIGA André, notre Directeur de mémoire qui n'a ménagé aucun effort pour nous guider dans notre travail ;

A l'ONG Population Council Ouagadougou notamment à son Représentant Docteur KABORE Inoussa pour nous avoir permis de mener cette étude ;

Aux Directeurs du Laboratoire Santé Communautaire, Docteur DABIRE Ernest et Docteur NAGALO Kisito, ainsi qu'à Monsieur OUEDRAOGO Ernest, nos vifs remerciements pour l'appui technique ;

A Monsieur OUEDRAOGO Alfred pour nous avoir soutenu tout au long de ce travail ;

A l'ensemble du Personnel de Santé de Komsilga et de Rakaye ainsi que leur comité de gestion pour leur collaboration ;

Toute ma reconnaissance à tous ceux qui ont concouru à la réalisation de cette œuvre.

## SIGLES ET ACRONYMES

AA :	Accoucheuse Auxiliaire
AIS :	Agent Itinérant de Santé
ASC :	Agent de Santé Communautaire
ASV :	Agent de Santé Villageois
AV :	Accoucheuse Villageoise
CSPS :	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DBC :	Distribution à Base Communautaire
ECD :	Equipe Cadre de District
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EIA :	Entretien Individuel Approfondi
FDC :	Fonds de Développement Communautaire
GDD :	Groupe de Discussion Dirigé
IB :	Initiative de Bamako
IDE :	Infirmier Diplôme d'Etat
LSC :	Laboratoire de Santé Communautaire
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MMPPAA :	Mobilité, Masse, Prophylaxie, Prévalence, Activité, Auxiliaire
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PS :	Personnel de Santé
SBC :	Service à Base Communautaire
SMI :	Santé Maternelle et Infantile
SSP :	Soins de Santé Primaires.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	9
1. PROBLEMATIQUE.....	10
2. METHODOLOGIE .....	26
PREMIERE PARTIE : .....	41
LES REPRESENTATIONS POPULAIRES SUR LES GROSSESSES A RISQUES .....	41
CHAPITRE I : LES REPRESENTATIONS SUR LA FEMME ENCEINTE.....	42
1. 1. LE CONSTAT DE LA GROSSESSE .....	43
1. 1. 1. Les signes physiques.....	44
1. 1. 2. Le changement de comportement.....	44
1. 1. 2. 1. <i>Les activités sociales</i> .....	44
1. 1. 2. 2. <i>Le recours fréquent au centre de santé</i> .....	45
1. 1. 2. 3. <i>Le comportement alimentaire</i> .....	46
1. 2. L'ANNONCE DE LA GROSSESSE .....	46
1. 2. 1. Les acteurs informés .....	46
1. 2. 2. Le discours de l'annonce .....	47
CHAPITRE II : DU CONCEPT DE RISQUE EN MATERNITE .....	50
2. 1. PERCEPTION DU RISQUE.....	50
2. 2. LES DIFFERENTS NIVEAUX DU RISQUE .....	50
2. 2. 1. Risque de taille .....	51
2. 2. 2. Risque et âge.....	51
2. 2. 3. Risque et multiparité.....	52
2. 2. 4. Risque et gestion de l'espace.....	53
2. 2. 4. 1. <i>Risque et rapports parturiente-espace social</i> .....	53
2. 2. 4. 2. <i>Rapports parturiente et champ spatial</i> .....	54
2. 2. 5. Risque et alimentation .....	54
2. 2. 6. Risque et paupérisation.....	55
2. 2. 7. Risques et pratiques traditionnelles .....	56
DEUXIEME PARTIE : .....	59
ORGANISATION ET GESTION DU RISQUE DANS LE CHAMP SOCIAL.....	59
CHAPITRE III : LE NIVEAU D'IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE DANS LA GESTION DES RISQUES.....	61
3. 1. DE LA RESPONSABILITE SOCIALE DE L'HOMME .....	61
3. 1. 1. Homme, partenaire financier : le <i>sôg venega</i> .....	61
3. 1. 2. Le <i>sôg sologdem</i> .....	62

3. 1. 2. 1. <i>Homme et gestion du foyer</i> .....	62
3. 1. 2. 2. <i>L'homme chez le devin</i> .....	63
3. 2. DE LA RESPONSABILITE SOCIALE DES FEMMES .....	63
3. 2. 1. Rôle de la parturiente.....	64
3. 2. 2. De conseillères en perte de vitesse .....	65
3. 2. 2. 1. <i>Le counseling familial</i> .....	66
3. 2. 2. 1. 1. Comportement alimentaire.....	66
3. 2. 2. 1. 2. Le comportement sexuel.....	70
3. 3. LA SOLIDARITE FACE A UNE COMPLICATION DE GROSSESSE.....	71
CHAPITRE VI : GESTION DES RISQUES AU NIVEAU DES S.B.C .....	72
4. 1. DESCRIPTION DES PRESTATAIRES COMMUNAUTAIRES .....	72
4. 1. 1. Accoucheuses villageoises.....	72
4. 1. 2. ASV et DBC .....	74
4. 1. 2. 1. <i>DBC à Komsilga</i> .....	74
4. 1. 2. 2. <i>DBC à Rakaye</i> .....	75
4. 2. GESTION DES RISQUES .....	76
4. 2. 1. Le counseling.....	76
4. 2. 1. 1. <i>Les problèmes de mobilisation</i> .....	77
4. 2. 1. 2. <i>Des activités de causeries inexistantes</i> .....	79
4. 2. 2. La prise en charge de l'accouchement.....	80
4. 2. 2. 1. <i>Vers une prise en charge à la maternité par les AV de Komsilga</i> .....	82
4. 2. 2. 2. <i>Vers l'inexistence d'AV à Rakaye</i> .....	82
4. 3. LES FACTEURS LIMITANT LA PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DES AGENTS COMMUNAUTAIRES .....	83
4. 3. 1. Absence de cadre de concertation entre les différents agents de santé communautaire .....	83
4. 3. 2. Difficile collaboration entre personnels de santé et agents SBC .....	83
4. 3. 3. Difficile conciliation entre métier de AV et activités quotidiennes .....	85
4. 3. 4. Les risques du métier .....	86
4. 4. LA REFERENCE A LA FORMATION SANITAIRE .....	87
4. 4. 1. Les facteurs favorables au recours à la formation sanitaire .....	88
4. 4. 1. 1. <i>De l'origine des maladies</i> .....	88
4. 4. 1. 2. <i>De la disponibilité des soins à la formation sanitaire</i> .....	89
4. 4. 2. Les facteurs limitant le recours à la formation sanitaire .....	90
4. 4. 2. 1. <i>Les coûts</i> .....	90
4. 4. 2. 2. <i>Un personnel pas toujours disponible</i> .....	92
4. 4. 2. 3. <i>Des tradipraticiens peu-sollicités</i> .....	93
CONCLUSION GENERALE .....	96
BIBLIOGRAPHIE.....	99
1. Ouvrages généraux .....	99
2. Revues et Articles .....	101
3. Mémoires et thèses .....	102
4. Publication du Ministère de la Santé et de l'OMS.....	103
ANNEXES.....	103



## INTRODUCTION

L'idée de travailler sur ce thème est née des multiples rencontres que nous avons eues avec des responsables de structures telles que la Santé familiale et prévention du SIDA (SFPS) et Population Council. Au départ, nous avions une idée très vague : « Les soins maternels dans un contexte traditionnel ». Au cours d'un entretien avec le représentant de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Population Council, il nous faisait savoir qu'une étude sur « maternité sans risque et survie de l'enfant » sera menée dans le cadre des activités du Laboratoire de Santé Communautaire (LSC). Il nous proposa de notre mémoire si cela nous intéressait. Nous en avons discuté avec notre maître de mémoire qui n'a pas trouvé d'inconvénient. Après plusieurs séances de travail sous sa direction, nous avons choisi d'utiliser les données de cette étude notamment pour celles qui concernent « la maternité sans risques ». L'orientation actuelle de notre travail nous a amenée à faire une enquête complémentaire.

Le choix du présent thème est guidé par un intérêt personnel et par le fait qu'il est d'actualité : en effet, depuis une dizaine d'années, on assiste à une prise de conscience grandissante sur la question de la mortalité maternelle.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1996) estime à mille six cents (1600) le nombre de femmes qui meurent par jour des suites de complications de grossesse ou d'accouchement. Plusieurs études ont montré qu'il existe une corrélation entre le niveau de fréquentation des formations sanitaires et la mortalité maternelle. C'est ainsi que la plupart des décès maternels surviennent dans les pays en développement car les formations sanitaires sont peu nombreuses et leur fréquentation relativement faible. En exemple, tandis que le taux de mortalité maternelle est de 1000 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique de l'Est et de l'Ouest, il n'est que de 1 à 11 pour 100 000 naissances vivantes en Europe du Nord (OMS, 1996).

Au Burkina Faso, ce taux varie selon les sources. L'Enquête Démographique de la Santé (EDS) l'estime à 566 pour 100 000 (INSD, 1993).

Les causes de la faible fréquentation des formations sanitaires sont nombreuses. Les facteurs socio-économiques, culturels, géographiques sont souvent cités.

C'est ainsi que l'OMS, prenant conscience de ces facteurs, a incité les Etats membres à la mise en place de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) dont l'objectif vise à atteindre la « santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Adhérant à cette politique, le Burkina Faso à l'instar d'autres pays, a mis en place les Agents de Santé Communautaire (ASC) dont le but est de rapprocher l'offre de soins des populations.

Le thème de notre étude est très important pour le Burkina Faso car sa politique de santé repose aujourd'hui sur la participation communautaire. Le taux de mortalité maternelle y demeure aussi l'un des plus élevés au monde.

Par cette étude, nous voudrions participer à l'élargissement des connaissances en sociologie et à la stimulation des initiatives en faveur de l'amélioration de la santé des mères.

Cette étude est menée dans l'aire de santé de deux Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de la zone couverte par le Laboratoire de Santé Communautaire (LSC). Ces deux CSPS sont Komsilga dans le Kadiogo et Rakaye dans le Bazèga.

La présente étude s'articule autour des points suivants : nous présenterons d'abord les travaux des différents auteurs, ensuite l'analyse de données ; cette analyse comporte deux parties : la première partie est axée sur les représentations populaires des grossesses à risques et la deuxième partie s'intéresse à l'organisation et la gestion du risque dans le champ social.

## **1. PROBLEMATIQUE**

### **1.1. Revue documentaire**

Plusieurs auteurs nous ont précédée dans la réflexion sur la maternité. Ils sont des professionnels de la santé et des spécialistes des sciences sociales. Ils ont abordé

des aspects particuliers que nous nous proposons de regrouper à travers trois grandes approches : l'approche médicale, l'approche anthropologique et l'approche socio-économique.

### **1.1.1. Approche médicale**

Elle est d'une grande importance pour notre étude car en choisissant de nous intéresser à ce domaine particulier de la santé, nous ne pouvions taire les recherches d'ordre médical. Ces recherches nous permettent de percevoir l'ampleur du phénomène qui se traduit par des taux élevés de décès maternels dans la plupart des pays en développement.

Cette approche nous permet également de comprendre comment la maternité est prise en charge d'un point de vue médicale et les problèmes qui en découlent. A travers la littérature abondante, les aspects suivants ont retenu notre attention.

#### **1.1.1.1. Les cause de la mortalité maternelle**

D'un point de vue médical, les principales causes immédiates de décès maternels sont les hémorragies pendant le travail ou après l'accouchement, les infections et les fausses couches. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1994), la principale cause lointaine des décès maternels est essentiellement due à une carence en soins maternels lors de la grossesse et de l'accouchement. En effet, un nombre important de femmes n'ont pas accès à des soins satisfaisants de santé par manque de structure sanitaire et du fait de l'insuffisance de personnels soignants. Au Burkina Faso, près de 40 % des femmes ne reçoivent pas une consultation prénatale pendant la grossesse (EDS, 1993).

On a aussi constaté que la plupart des femmes qui avaient reçu des soins prénatals continuaient de présenter des complications pendant l'accouchement. C'est ainsi que TIEMTORE Mariam (1994) parle « d'insuffisance de la prise en charge des parturientes ». Selon elle, ce phénomène est à attribuer d'une part au fait que les parturientes se présentent très tardivement en consultation, généralement au deuxième trimestre et d'autre part, à l'insuffisance de compétence du personnel soignant. Dans les

cinq centres (SMI) qu'elle a visités, elle a remarqué que 61 % du personnel soignant n'avaient pas de compétences nécessaires requises pour une prise en charge adéquate de la maternité. Dans le même ordre d'idée, SOME (D) et al (1998) trouvent que le personnel soignant adopte des manœuvres et comportements inappropriés pendant l'accouchement, préjudiciables à la vie de la mère et de l'enfant. Ces comportements se traduisent :

- par une absence du personnel pendant qu'une femme est sur la table d'accouchement,
- par un examen de la parturiente qui se limite au toucher vaginal,
- par l'utilisation systématique de l'ocytocine pour accélérer l'accouchement.

La prise en charge inadéquate de la grossesse ou de l'accouchement entraîne des complications dont les conséquences sont nombreuses.

#### **1.1.1.2. Conséquences des complications des grossesse et des accouchements**

Chaque grossesse présente un risque d'issue défavorable pour la mère et pour l'enfant. Ces risques varient d'un continent à un autre, d'un pays à un autre, d'une couche sociale à une autre et d'une femme à une autre. Par exemple, le risque de décès lié à une complication de grossesse ou d'accouchement est de 1 sur 16 en Afrique et de 1 sur 1400 en Europe selon le rapport de l'OMS (1994).

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement peuvent entraîner des conséquences graves pour la femme qui risque d'y perdre la vie. Si la parturiente arrive à survivre, des séquelles peuvent en suivre : troubles neurologiques permanents ainsi qu'une perte de sensibilité et une atrophie du pied et de la jambe. Les femmes les plus touchées peuvent être paralysées à vie, les infections y compris la septicémie peuvent conduire à une inflammation pelvienne chronique dont les symptômes sont des douleurs chroniques, une atteinte des organes reproducteurs, divers troubles gynécologiques, des rapports sexuels douloureux (OMS, 1994).

#### **1.1.2. Approche anthropologique**

La maternité est un phénomène social qui nécessite l'intervention de plusieurs acteurs sociaux. L'approche anthropologique a pour but de faire ressortir les représentations de la procréation et sa prise en charge traditionnelle.

### **1.1.2.1. Représentations de la procréation**

Plusieurs auteurs ont étudié les systèmes de représentation de la maternité de plusieurs sociétés. Tous s'accordent pour dire que la maternité est un phénomène valorisant car de l'avis de OUEDRAOGO Koumbou (1985), elle est « l'assurance de la prospérité de la famille » et LALLEMAND Suzanne (1991) ajoute qu'elle « valorise qui la donne ». Elle est aussi un phénomène social. De ce fait, elle est liée à plusieurs autres facteurs. OUEDRAOGO Koumbou (1985) DORIS Bonnet (1988) ont étudié les représentations de la procréation des moosé du Burkina affirment que la procréation es liée à la pénétration d'un esprit appelé « *kinkirga* » dans le ventre de la femme au moment où elle a des rapports sexuels avec son mari. GUIMERA Mallard (1977) ajoute qu'elle dépend aussi des ancêtres, de la bénédiction des aînés du clan et de l'observance scrupuleuse des interdictions par les deux époux.

Lorsque la fécondation a eu lieu, elle aboutit à une grossesse. ROVOLODOMANGA Bodo (1991) note que « la grossesse est un événement capital dans la vie d'une femme ». A ce sujet, LALLEMAND Suzanne la qualifie de « moment d'espoir » à cause de son caractère valorisant. Mais, elle ajoute que la grossesse est égaleent un « moment de péril » eu égard aux risques de décès chez la mère et chez l'enfant, « si bien que pendant la grossesse, les parturientes ne laissent transparâître aucune joie dans leurs gestes, ni dans leurs paroles, ni sur les traits de leur visage ». En somme, c'est un moment d'angoisse pour la femme.

Une caractéristique spécifique à la période de la grossesse est la discrétion de la future mère. Les différents auteurs l'expliquent par le fait qu'une grossesse n'est jamais acquise et son avenir est incertain. C'est pour cela que la mère doit rester discrète afin de ne pas mécontenter les génies, auteurs de la grossesse. Cette attitude représente aussi un exorcisme du mauvais sort qui pourrait frapper la nouvelle mère.

Une cérémonie couramment appelée « annonce de la grossesse » est organisée pour annoncer la grossesse à la future mère qui ignore souvent son état et en même temps rendre la grossesse officielle.

### **1.1.2.2. La prise en charge de la grossesse d'un point de vue traditionnel**

La prise en charge de la maternité repose essentiellement sur deux points :

- la pratique de rites et coutumes pour mener à bien la grossesse ;
- l'observance des interdits.

La période de grossesse est reconnue être une période de soumission à des interdits. Il est difficile de donner une liste exhaustive tant ils diffèrent d'une famille à une autre, d'une aire culturelle à une autre. La femme en grossesse est tenue de suivre un régime alimentaire et comportemental particulier pour assurer un accouchement facile et apporter à l'enfant, force, santé et intelligence.

Pour ce qui est des interdits alimentaires, nous retiendrons selon les différents auteurs que la femme ne doit pas consommer des aliments qui feront grossir l'enfant : comme le sel et tout aliment à base de feuilles de manioc. Elle doit aussi éviter de consommer tout aliment associé au génie (poulet, miel, sucre, œuf) selon Doris BONNET (1988). Il ressort à travers nos différentes lectures que la femme ne doit pas consommer de la viande de certains animaux pour éviter que l'enfant n'hérite des traits caractéristiques physiques ou comportementaux de ces animaux. Par exemple, la consommation des pattes de crabes rendrait les jambes de l'enfant mal formées. La consommation de la viande de bœuf sans corne, rendrait plus tard l'enfant infortuné et impuissant. Pour ce qui est du comportement de la femme, elle évitera de sortir aux heures chaudes, de fréquenter les endroits habités par des génies. Les futurs parents ne doivent pas élever des pintades et doivent éviter d'ôter une vie humaine ou même une vie animale, pour la femme afin de mener à bien la grossesse.

L'accouchement est assistée par une femme. La caractéristique de cette femme et qu'elle a déjà fait ses preuves en matière de maternité et est ménopausée. Elle est

accompagnée dans sa fonction par deux assistantes qui prendront sa relève plus tard. Le rôle de l'accoucheuse est d'assister la femme en couche et d'assurer les premiers soins aussi bien à la mère qu'à l'enfant. Lorsque la femme vient d'accoucher, elle est immédiatement lavée et gavée avec une décoction de plantes et d'écorces bouillies pour faire évacuer les saletés du ventre et guérir les douleurs. (LALLEMAND Suzane, (1977), KABORE Oger et SAWADOGO Ram Christophe (1988).

De nos jours, on encourage les femmes à recourir à la formation sanitaire pour la gestion de la maternité. Ce recours n'est pas systématique pour plusieurs raisons. KABORE Eugénie (1992) a montré que des facteurs culturels et économiques, la répartition géographique et l'organisation des centres de santé étaient des freins au recours à la formation sanitaire. Le recours aux agents de santé issus de la communauté venait comme solution idoine à ces problèmes.

### **1.1.3. Approche socio-économique**

Dans l'optique des SSP et dans le but de rapprocher les soins des populations, des Agents de Santé Communautaire (ASC) ont été formés. Ces agents sont définis par SILLONVILLE Franck (1985) comme « étant des personnages très importants dans la communauté » et WERNER David cité par SOUBEIGA A.K. (1992) dit que « en réalité, je considère cet agent comme le premier membre de l'équipe de santé. Outre qu'il accepte de travailler en première ligne, là où les besoins sont les plus importants, il a une tâche plus difficile que celle du médecin moyen et ses compétences doivent être plus variées. Alors que le médecin peut se borner à poser le diagnostic et à assurer le traitement des cas individuels, l'agent sanitaire doit se préoccuper non seulement des individus en tant que tels, mais aussi de l'ensemble de la communauté ».

Les SSP définissent l'ASC comme « étant un homme ou une femme choisi par la collectivité locale pour s'occuper des problèmes de santé des individus et de la collectivité et pour travailler en rapport étroit avec la communauté » (OMS, 1978).

Au Burkina Faso, « l'ASC est un adulte homme ou femme, alphabétisé ou non, sédentaire, disponible, ayant une situation économique acceptable, jouissant de la

confiance de la communauté. Dans son poste de travail, il est essentiellement agent promoteur de changement assurant des tâches éducatives, préventives curatives en matière de santé » (Ministère de la Santé, cité par SOUBEIGA A.K. 1992).

Ces agents sont : l'Agent de Santé Villageois (ASV), l'Accoucheuse Villageoise(AV) et récemment l'agent de Distribution à Base Communautaire (DBC).

La Distribution à Base Communautaire (DBC) est une stratégie de prestation de service en santé qui consiste à rapprocher les services des populations dans le but d'augmenter la prévalance contraceptive et l'utilisation des services de santé au niveau d'une localité. (Ministère de la Santé, 1992).

L'agent DBC est une « personne choisie par la communauté pour animer un certain nombre d'activité dans le cadre de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant » (ministère de la santé, 1985).

Tous les ASC dans le cadre des SSP ont la responsabilité d'assurer les premiers soins dans les cas de paludisme et de diarrhée, d'assister les accouchements et d'apporter les premiers soins aussi bien à la mère qu'à l'enfant, d'informer et de conseiller les membres de la communauté sur la Planification familiale (PF), les Maladies sexuellement transmissibles et le SIDA (MST/SIDA) et sur l'excision. Ils sont également appelés agents de Services à Base Communautaire (SBC).

L'historique de ces agents remonte au SSP comme nous l'avons déjà dit. Les SSP sont définis comme « des soins essentiels fondés sur des méthodes et des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de la communauté grâce à leur pleine participation, et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement et dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social général de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, des familles et de la communauté avec le système nationale de santé, rapprochant le plus possible les sons de santé de l'endroit où

les populations vivent et travaillent, ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » (OMS, 1978).

Pour SOUBEIGA A. K. on retrouve cette stratégie déjà avec le médecin JAMOT et les médecins Muraz à travers la médecine « offensive ». Pour cette médecine, il s'agit d'aller devant le malade et de ne plus attendre qu'il vienne de lui-même se présenter au médecin. Elle est résumée dans le sigle MMPPAA (Mobilité, Masse, Prophylaxie, Prévalence, Activité, Auxiliaire) par le médecin généraliste LAPEYSONNIE. Cette médecine est qualifiée de « médecine de l'avant », de « médecine dynamique », de « médecine debout » par opposition à la médecine des formations sanitaires qualifiée péjorativement de « statique » ou d'« assise ».

Le recours aux auxiliaires est un des principes les plus importants de la doctrine Jamot. Devant la déperdition géographique des tâches, le médecin ne peut à lui seul poser tous les gestes et diagnostics, thérapeutiques et prophylactiques nécessaires. Il dit alors en confier une partie à des auxiliaires formés à cet effet.

Comme phénomène récent ayant concouru à la mise en place des agents communautaires, nous pouvons citer « l'Initiative de Bamako » (IB), initiative prise en 1988 par les ministres africains réunis à Bamako dont les objectifs principaux sont les suivants :

- la décentralisation et l'extension des services de santé au niveau périphérique ;
- le plaidoyer en faveur des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) ;
- le partage des coûts de fonctionnement par le financement communautaire ;
- le contrôle communautaire qui implique que la communauté soit responsable de la gestion des services de santé locaux.

L'IB a surtout présidé à la naissance de la stratégie DBC.

Toutes ces stratégies (IB, SSP) présentent un point commun : la prise en charge par la communauté de sa propre santé. Un constat est que bien que ces agents

présentent des dénominations différentes et se situent dans de contextes différents, au niveau local, ils constituent une équipe et travaillent en étroite collaboration. Mais comme on peut le constater, cette équipe rencontre d'énormes difficultés dans l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

TAHA Attia Z (1994) a constaté que ces agents exerçaient dans une communauté où la majorité de la population est pauvre et ne considère pas l'éducation sanitaire comme une priorité. De ce fait, elle se désengage des activités qui sont considérées comme des activités de routine. Cette attitude de la population a aussi été soulignée par SOUBEIGA A.K (1992) qui trouve que ces agents sont aussi victimes d'une mauvaise interprétation de leur rôle dans la communauté. Ces agents sont perçus comme des « infirmiers ». Mais de quels infirmiers s'agit-il ? « Des infirmiers au rabais » car ils ne savent pas poser tous les diagnostics. La communauté estime que la formation de agent a été de courte durée et n'est pas comparable à celle des vrais infirmiers. C'est ce qui justifie à leurs yeux le fait qu'ils ne peuvent pas gérer tous les cas de maladies qui se présentent à eux. Dans certains cas où l'agent a les compétences nécessaires pour assurer les premiers soins, certaines attitudes de la communauté entravent ses activités. C'est le cas par exemple des Accoucheuses Villageoises qui doivent faire face à des « accouchements à crédit qui font qu'elles ne peuvent pas renouveler leur stock de matériels indispensables à l'accomplissement de leur métier. D'une manière générale, ces agents sont victimes de jalousie parce qu'ils sont perçus comme bénéficiant de gros avantages de la part de l'Etat. Tous ces facteurs nuisent aux activités de l'équipe.

Les études sur la maternité sont abondantes, celles portant sur les SSP le sont également. Au terme de cette revue documentaire, nous pouvons faire le constat suivant : Peu d'études récentes portent la prise en charge de la maternité dans l'optique des SSP.

## **1.2. Enoncé du problème**

Ces dernières années, le Burkina Faso a entrepris des réformes du système de santé qui visent la décentralisation de l'offre des soins et le renforcement de l'autonomie des populations à travers leur participation effective au processus de gestion

des services de santé ainsi que de leur propre santé. Le recours massif aux agents de santé communautaires (AV, ASV, DBC) matérialise la participation de la population à la gestion de leur santé.

Les zones de Rakaye et Komsilga choisies pour la présente étude sont des zones rurales où on note la présence d'un grand nombre d'agents de santé communautaire ; toutes les catégories citées y sont présentes.

On note même l'existence d'une structure dénommée Laboratoire de Santé Communautaire (LSC) qui intervient dans ces zones. L'objectif de cette structure est de « contribuer au développement de stratégies de prestations de services de santé efficaces, durables, culturellement acceptables et susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services de santé, et à long terme de réduire le taux de fécondité, de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles au Burkina Faso » (Ministère de la Santé, 1995).

Dans ces deux zones, la fréquentation des formations sanitaires demeure faible. Le taux de mortalité maternelle au niveau des formations sanitaires est faible : 0,08 pour 100 à Rakaye et 0 pour 100 à Komsilga (CSPS de Rakaye et Komsilga, 1999). Selon le Personnel de Santé (PS), cela s'explique par le fait que les cas dystociques décelés sont immédiatement référés dans une formation sanitaire de niveau supérieur.

Cependant, les risques de complications obstétricales demeurent et leur gestion se situe à plusieurs niveaux : le niveau médical et le niveau communautaire. Nous allons nous interroger sur le niveau communautaire et notre préoccupation est de savoir comment la population s'organise dans ces deux localités pour réduire ces risques. Pour cela nous nous posons la question suivante :

Quelle est la contribution de la communauté dans la prise en charge des risques de complications maternelles ?

Pour répondre à notre préoccupation principale, nous formulons les questions secondaires suivantes :

- comment la communauté se représente les risques de complications obstétricales ?
- comment ces risques sont-ils pris en charge d'un point de vue communautaire,
- quelle est la perception que la communauté a des prestataires communautaire ?
- quelles sont les difficultés que la communauté rencontrent dans la prise en charge des risques maternels ?

### **1.2.1. Objectifs de l'étude**

Notre étude se fixe comme objectifs :

- d'analyser la contribution de la communauté dans la prise en charge des risques ;
- d'analyser les connaissances et les perceptions de la communauté des risques liés à la maternité ;
- d'analyser la contribution des prestataires communautaires dans la prise en charge des risques de complications de la maternité ;
- de décrire la perception que la population se fait des prestataires communautaires de santé ;
- d'analyser les difficultés liées à la gestion communautaire des risques maternels.

### **1.2.2. Hypothèses de recherche**

Sans douter de la contribution effective de la communauté dans la prise en charge des risques de complications obstétricales, nos hypothèses de recherche apporteront des réponses sur les difficultés liées à cette prise en charge.

Comme réponse à notre question principale qui est notre hypothèse centrale, nous disons que les facteurs économiques surtout financiers et l'insuffisance de mobilisation de la communauté constituent des obstacles à cette contribution.

Comme hypothèses secondaires, nous retenons :

L'insuffisance de moyens financiers ne permet pas à la communauté de participer efficacement à la gestion des risques.

1. La non continuité des activités de mobilisation dans les différentes zones est un facteur limitant les activités des ASC.
2. La spécialisation des agents de santé communautaire confère à chacun un rôle spécifique et limite la participation effective de certains agents : les DBC et les ASV ne se sentent pas concernés par les questions de la maternité, qui demeurent un domaine réservé exclusivement aux AV.

### **1.3. Définition de concepts**

#### **1.3.1. Le concept de « risque en maternité »**

Qu'est ce que le risque ? « Le risque mesure la probabilité que se produise une issue habituellement indésirable ». Le dictionnaire Larousse le définit comme étant « un hasard, un danger, une malchance, un péril ». Le risque fait partie de la vie : risque d'échouer, d'être malade, de faire un accident.

Le concept de risque est apparu dans le domaine de la santé en même temps que le concept de soins de santé primaires. Des efforts considérables avaient été déployés pour créer et améliorer les services de santé, mais il subsistait dans le monde de nombreuses régions où la majorité de la population ne disposait que d'un accès restreint aux soins de santé. Paradoxalement, certains groupes bénéficiaient de services médicaux de haute qualité tandis qu'à l'échelle de la collectivité dans son ensemble, la couverture en soins primaires était très limitée par des contraintes telles que la pénurie des ressources. Il était donc nécessaire de rechercher les moyens de faire le meilleur usage des ressources existantes au bénéfice de la majorité si l'on voulait atteindre l'objectif de la « Santé pour tous d'ici l'an 2000 »

Dans toutes les sociétés, certaines communautés sont plus exposées que d'autres. On dit qu'elles sont vulnérables, qu'elles présentent des risques. Dans le cas de la maternité, on parle de risque maternel pour désigner « la probabilité pour une femme de mourir ou d'être gravement blessée au cours de sa grossesse » (OMS, 1984).

La notion de risque ici est utilisée dans la conception des prestations de services et repose sur trois faits :

- le fait que certains groupes de femmes sont davantage exposés au décès maternel que d'autres groupes ;
- le fait qu'il est possible d'identifier ces femmes ;
- le fait que, si l'on peut situer ces femmes, il est possible de prévenir leur décès.

C'est pour prévenir les décès des femmes qu'un programme dénommé « maternité sans risques » encore appelé « maternité à moindre risques » ou « maternité sans danger » a été initié. Ce programme a été lancé en 1987 à Nairobi où il a été demandé aux gouvernements de porter plus d'attention aux femmes qui meurent en donnant la vie.

Comme le Directeur de l'OMS l'a souligné dans son message du 07 avril 1998, « Dans un grand nombre de pays en développement, chaque grossesse est un voyage vers l'inconnu dont trop de femmes ne reviennent jamais. Nous ne pouvons tolérer que se perpétue une telle situation ». Le but de l'initiative pour une maternité sans risque est d'œuvrer à réduire le taux de décès maternel.

### **1.3.2. Le concept de « participation communautaire »**

Le concept s'est forgé vers les années 1970 à partir des leçons tirées d'expériences de développement menées dans les pays du sud, dans un contexte de recherche de nouvelles approches de développement dans le domaine économique et social, suite aux nombreux échecs des plans de développement financés à grands frais au cours des décennies précédentes.

Le processus de développement est marqué par les courants suivants :

- le système de développement vertical
- le système de développement sectoriel
- le système de développement intégré
- le système de développement participatif qui a conduit à la définition du concept de participation communautaire.

Plusieurs vocables sont utilisés pour désigner la participation communautaire. Il est courant d'entendre parler de « participation du public », de « participation des usagers », de « participation des bénéficiaires », de « participation des citoyens » ou de « participation populaire ».

En plus de la diversité des vocables utilisés, la participation communautaire fait l'objet de définitions tout aussi diversifiées. A ce sujet, RIFKIN B. Susan (1990) écrit que « toute une série d'interprétations a été donnée à l'expression participation communautaire ».

Ainsi, pour elle, la participation communautaire est « l'implication dans le processus de planification, d'administration et de financement des services de santé, d'un groupe d'individus vivant ensemble dans des conditions spécifiques ».

Par cette définition, il s'agit d'impliquer la population dans la conception des projets de santé. Mais ne peut-on pas être impliqué sans participer ?

Le modèle de Boderf définit les formes de participation :

- La participation purement formelle ou nominale : « elle se réduit à un processus d'information à sens unique des communautés. Participer signifie alors assister à des réunions ou recevoir des informations. A la limite, il s'agit de faire acte de présence ».
- La participation limitée à la consultation : « les communautés non seulement sont informées mais sont en condition de réagir et d'exprimer leurs opinions ».
- La participation impliquant le partage du pouvoir : « la communauté est impliquée et est maître des décisions ».

La première forme de participation s'identifie à une implication simple de la population, à une participation « passive ». Quant aux deux autres formes, elles font appel à une participation effective, active. C'est dans ce même sens que WHITE Alainstair T (1982) dans le souci du dépassement de la simple implication de la communauté parle de « l'engagement actif de la population locale dans les décisions concernant les projets de développement ou leur exécution ». La conférence d'Alma Ata (1978) la définit comme « un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien être comme ceux de la communauté, d'autre part, développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté ».

De grands espoirs ont été fondés sur la participation communautaire. Au cours des années 1970, de nouvelles stratégies du développement ont vu le jour.

Elles présentent un point commun : la volonté de tenir compte des plus pauvres, jusqu'alors écartés des fruits de la croissance économique. La participation communautaire vise à satisfaire les besoins élémentaires de la majorité des populations du Tiers Monde. Cet objectif se concrétise dans le domaine de la santé par le recours massif aux agents de santé communautaire.

Carte

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1. Présentation du milieu d'étude**

Au Burkina Faso, il existe onze (11) régions sanitaires et cinquante et trois (53) districts sanitaires.

Une région sanitaire est une structure administrative dans le système de gestion des services de santé. Son rôle est de coordonner les activités des districts sanitaires.

Un district sanitaire est une entité opérationnelle dans le système de santé. Il regroupe plusieurs formations sanitaires.

L'étude s'est déroulée dans la zone du laboratoire de santé communautaire qui se situe dans la région sanitaire de Ouagadougou.

La carte N° 1 présente es régions sanitaires ainsi que les districts sanitaires.

#### **2.1.1. Le Laboratoire de Santé Communautaire (LSC)**

##### **2.1.1.1. Contexte et objectifs**

Le LSC est un projet de recherche opérationnelle multi-sectorielle qui a démarré en août 1995 et qui se déroule actuellement au Bazèga sous la coordination de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) en collaboration avec la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Ouagadougou.

Au Burkina Faso, plusieurs approches ont été développées pour fournir des services de santé aux populations mais aucune n'a donné des résultats satisfaisants. C'est pourquoi le Ministère de la Santé a mis en place dans le province du Bazèga (selon l'ancien découpage administratif du pays) un laboratoire de santé communautaire destiné à tester de nouvelles approches et stratégies de prestations de services de santé dont la première consiste à expérimenter une intervention de distribution de contraceptifs à bas

communautaire. Ce projet s'intègre parfaitement dans le cadre du programme national de restructuration des services existants pour développer et tester différentes approches en vue de trouver la plus adéquate. Il se justifie essentiellement par le fait que l'on sait très peu de choses sur le type d'approche qui pourrait bien fonctionner au Burkina Faso. Le LSC met l'accent sur l'étude des fondements socio-culturels et des comportements face aux interventions sanitaires, dans le cadre du changement social (Ministère de la santé, janvier 1996).

L'objectif général du LSC est de « contribuer au développement des stratégies de prestations de services efficaces, durables, culturellement acceptables et susceptibles d'améliorer l'utilisation des services de santé et de réduire à long terme les taux de fécondité, de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles ». Il se fixe comme objectifs secondaires :

- de concevoir et mettre en œuvre des stratégies innovatrices d'intervention dans le domaine de la santé de la reproduction ;
- de développer et tester des approches communautaires en santé de la reproduction ;
- d'évaluer les effets et les impacts des différentes stratégies d'intervention en santé de la reproduction ;
- de diffuser largement les résultats obtenus et favoriser leurs utilisations.

#### **2.1.1.2. Zones de couverture du LSCB**

Le LSCB est basé au Bazèga à Kombissiri ; sa zone de couverture se répartit de la façon suivante :

- La zone de contrôle dite « zone A » couvre les formations sanitaires de Toessé, Gaongho, Bousrima, Zangogho avec 44 villages et une population estimée à 48 000 habitants.
- La zone d'intervention dite « zone B » qui regroupe les CSPS de : Tintilou sud, Tintilou nord, Vipalogo, Bassyam, Komsilga, Lougsi. Ces six formations sanitaires couvrent 36 villages avec une population de 45 000 habitants. Dans ces formations sanitaires, des agents DBC

travaillent actuellement et les formations sanitaires et leurs personnels ont été renforcés.

- La zone témoin dite « zone C » située dans une province voisine, le Zoundweogo. Les formations sanitaires de Béré et Bindé ont été retenues.
- La zone de comparaison dite « zone D » concerne Rakaye : c'est une zone où l'ONG « Fonds de Développement Communautaire » (FDC) a récemment terminé un programme de soins de santé à base communautaire.

## **2.2. Présentation des zones concernées par la présente étude**

Le LSC est basé dans la province du Bazèga.

### **2.2.1. Historique de la province du Bazèga**

A en croire la tradition orale recueillie auprès de nombreux notables et vieux du village de Toessé, le nom bazèga aurait deux significations :

La première est « *baaga b sên zê wâ* », c'est-à-dire l'endroit où on a pillé la viande de chien. Cette signification tient son origine de l'histoire suivante : un jour, les habitants de la localité seraient partis à la battue. Ils eurent à griller un chien dont ils pillèrent la viande. Sur le chemin de retour, un d'eux se rendit compte qu'il avait oublié quelque part son bâton de chasse. Il posa le problème à ses compagnons qui lui conseillèrent de repartir voir là où ils avaient pillé la viande du chien.

La deuxième signification vient d'un nom composé de « *baaga* » (chien) et de « *zeega* » (aire où on bat le mil). Cette signification tient son origine de l'histoire suivante : des gens auraient découvert un endroit où l'on bat le mil. L'herbe n'y avait pas poussé et quelque chose y serait morte. Après constat, ils reconnurent qu'il y était mort un chien. Ainsi, on surnomma le site « l'aire du chien ».

Cependant, la première signification semble être la plus plausible. Selon les informations, deux hypothèses infirment la seconde.

Pour signifier l'endroit où est mort le chien ou tout autre animal, on parle de « *rigre* » en langue mooré. Et pour signifier qu'il s'agit d'un « *rigre* » de tel ou tel animal, le nom de l'animal précède e non « *rigre* ». Ainsi pour le cas présent, le site serait appelé « *baag rigri* » ou lieu de « *baag zeega* ». Pour signifier l'espace où l'herbe ne pousse pas, et si cet espace est assimilable à une clairière, cet endroit s'appellerait « *zî peelee* » et non « *zeega* ».

### **2.2.2. Données générales sur la province**

La province du Bazèga est située à environ quarante et deux kilomètres au sud de Ouagadougou. Elle compte dix (10) départements et trois cent quatre vingt et huit (388) villages. Selon le recensement de 1996, sa population est estimée à deux cent treize mille huit cent vingt et quatre (213 824) habitants. Elle comporte deux districts sanitaires : Kombissiri et Saponé. Les deux districts ont des caractéristiques administratives similaires ; chacun d'eux dispose d'un centre médical avec antenne chirurgicale et de plusieurs CSPS, soit un total de trente et six (36) formations sanitaires toutes catégories confondues.

Notre étude est mise en œuvre dans les aires de santé des CSPS de Komsilga et de Rakaye

### **2.2.3. Présentation physique**

La province du Bazèga, située dans le plateau mossi a un relief très peu accidenté constitué de quelques élévations, de bas-fonds et de plaines. Les sols relativement pauvres sont de tris catégories : les sols argileux, latéritiques et sablonneux. La végétation est fonction des sols et du degré de la pression anthropique. Ainsi, on y rencontre des buissons, des karités des forêts claires avec plusieurs essences végétales.

### **2.2.4. L'économie**

L'agriculture itinérante sur brûlis demeure l'activité économique essentielle de la majorité de la population du Bazèga. Les spéculations agricoles sont produites dans des exploitations familiales et individuelles suivant des méthodes traditionnelles et modernes de la culture.

La province du Bazèga est une zone favorable à l'élevage du fait de la prépondérance des points d'eau. Malgré l'existence de potentialité pour la promotion de cette activité, cette dernière reste toujours traditionnelle. On distingue l'élevage de type transhumant et l'élevage de type sédentaire.

L'artisanat occupe la troisième place avec la poterie, la vannerie, la forge, le tissage et le petit commerce.

#### **2.2.5. Données générales sur la situation des CSPS de Komsilga et Rakaye**

Le CSPS de Komsilga est située dans le département de Komsilga, il dépend du district sanitaire du secteur 30 de la région sanitaire de Ouagadougou, localité située au sud de Ouagadougou, chef-lieu de la province du Kadiogo. Il est limité à l'est par les départements de Sapon », et de Koubri, à l'ouest par les départements de Tanghin Dassouri et de Komki Ipala, au sud par les arrondissements de Boulmiougou et de Bogodogo. D'après le plan de développement sanitaire, Komsilga (1999), le rayon d'action du CSPS regroupe 8 villages et compte une population totale de six mille trois (6003) habitants. L'aire de santé de Komsilga dépend du district sanitaire du secteur 30 situé à Ouagadougou.

Le CSPS de Rakaye est situé à quarante sept (47) kilomètres à l'ouest de Kombissiri, district dont il dépend de la région sanitaire de Ouagadougou. Il est situé dans la province du Bazèga dans le département de Doulogou. Il couvre dix (10) villages et deux hameaux de culture avec une population estimée à neuf mille neuf cent quatre vingt douze (9992) selon le micro plan du CSPS, exercice 1999.

La carte N° 2 situe le CSPS de Komsilga dans le district sanitaire de Saponé, district dont il dépendait avant la réorganisation du système de santé.

La carte N° 3 situe le CSPS de Rakaye dans son district sanitaire.

L'ouverture récente de nouveaux CSPS a réduit le rayon d'action de ces CSPS. Ces deux CSPS ne couvrent plus la totalité des villages figurant sur les deux cartes.

Carte

Carte

### 2.2.5.1. Profil épidémiologique

Les aires de santé de Komsilga et de Rakaye connaissent les mêmes caractéristiques épidémiologiques que les autres départements.

Beaucoup d'affections touchent la population mais les plus fréquentes sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, le goitre, les affections cutanées, les affections respiratoires aiguës.

### 2.2.5.2. Les ressources humaines disponibles

<b>Rakaye</b>	<b>Komsilga</b>
Un infirmier diplômé d'Etat	Un infirmier breveté
Une accoucheuse auxiliaire	Une accoucheuse auxiliaire
Un gérant du dépôt pharmaceutique	Un agent itinérant de santé
	2 gérants du dépôt pharmaceutique

Les activités du CSPS sont exercées de manière intégrée.

Au niveaux des dispensaires, on dispense :

- la consultation curative
- la petite chirurgie (suture, circoncision)
- l'information, éducation, communication (sensibilisation)
- la prévention des infections par la stérilisation du matériel chirurgical, la destruction des seringues usées, l'utilisation des seringues et doigtier à usage unique

Au niveau de la maternité, on dispense :

- la consultation prénatale ;
- la planification familiale ;
- la consultation des nourrissons ;
- la consultation post natale ;
- la vaccination.

### Les problèmes de santé

Selon les données des deux CSPS (1999), les problèmes de santé dans les localités sont les suivantes :

- le taux élevé de l'incidence et de la prévalence du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et chez les adultes ;
- la prévalence élevée des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës ;
- La contamination nosocomiale liée au jumelage de la maternité et dispensaire ;
- le faible taux de femmes ayant recours à la planification familiale ;
- le faible taux de couverture obstétricale 22,6 % à Komsilga et 8,68 % à Rakaye ;
- le faible taux de contraception 19,8 % à Komsilga et 10,3 % à Rakaye ;
- le faible taux de fréquentation du CSPA 19,99 % à Komsilga et 9,83 % à Rakaye.

### **2.3. Les techniques de collecte de données**

Cette études vise à exploiter les données d'une étude intitulée « évaluation des actions actuelles et potentielles pour les femmes enceintes, les nouvelles mères et leur famille dans la prise en charge de la maternité sans risque et la survie de l'enfant ».

Cette étude a été conduite par une équipe pluridisciplinaire composée de chercheurs en sciences sociales et de personnels de santé. L'étude a bénéficié de l'appui technique de l'ONG Population Council.

La méthode dite qualitative a été utilisée. Elle a permis de recueillir des opinions, en l'occurrence les perceptions, les croyances, les comportements des groupes cibles.

Les techniques suivantes ont été utilisés : les entretiens individuels approfondis, les focus groupes et les ateliers d'auto analyse.

#### **2.3.1. Les entretiens individuels approfondis (EIA)**

Ils ont concerné les agents des services à base communautaire (AV, ASV, DBC) et les tradipraticiens. Les thèmes abordés étaient :

- les activités menées en tant que prestataires communautaires ;
- les prestations offertes en matière de maternité ;
- les complications de grossesse ou d'accouchement couramment rencontrées ;
- les méthode de prévention des complications.

Quarante huit (48) entretiens individuels on été réalisés dans les deux zones.

#### **2.3.2. Les focus groups ou groupes de discussion dirigée (GDD)**

C'est une méthode de collecte de données qualitatives qui ne recherche pas le consensus mais l'émergence de toutes les opinions. Il met en scène un groupe de 8 à 12 personnes répondant à des critères d'homogénéité. Dans le cas de notre étude, nous avons

retenu comme critères l'âge et le sexe. Ainsi, suivant ces critères, nous avons fait les regroupements conformément au tableau ci-après :

**Tableau**

<b>Age</b>	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>
15-19 ans	2	2
20-29 ans	2	2
30-39 ans	2	2
40 ans et plus		2
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

Nous avons réalisé six (6) focus groups avec les groupes d'hommes et huit (8) focus groups avec les femmes de Rakaye et de Komsilga. Soit quatorze (14) focus groups pour les deux zones.

Les thèmes abordés ont été :

- les connaissances des complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ;
- les rites et coutumes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ;
- la prise en charge des complications.

Tous les entretiens (focus groups et entretiens individuels) ont été conduits en langue locale mooré. Chaque entretien a duré en moyenne une heure pour les EIA et une heure trente minutes pour les GDD.

Pour cette enquête, nous avons passé dix (10) jours dans chaque zone. A la suite de l'enquête, un atelier de 4 jours a été organisé pour procéder à l'analyse primaire des données. L'atelier a regroupé l'équipe d'enquêteurs, les membres de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) et a bénéficié de l'appui technique de l'ONG Population Council.

### **2.3.3. Les ateliers d'auto analyse**

A la suite des synthèses, des Ateliers d'Auto-analyses (AAA) ont été organisés et ont regroupé les membres du comité de gestion des CSPS, les ASV, les AV, les DBC, les tradipraticiens, les membres de l'Equipe Cadre de District (ECD), le personnel de santé de chaque CSPS.

Il s'agissait, lors de cet atelier, de présenter les résultats primaires de l'enquête et de s'assurer de la fiabilité des données. L'objectif de l'atelier était aussi d'analyser les problèmes de santé que connaissent les femmes enceintes, leurs causes et les solutions applicables par la communauté.

Un atelier a été réalisé par zone et a pris une journée. Les 2 ateliers ont été supervisés par Mwangaza Action, une ONG nationale qui a des compétence en mobilisation sociale.

Pour les besoins de notre étude et dans le but d'éclaircir certains aspects, nous avons réalisé une seconde enquête pour compléter les premières informations et approfondir aussi certains aspects. Ainsi, nous avons rencontré des femmes enceintes et des femmes nouvellement accouchées.

Ces deux catégories de personne n'avaient pas été explicitement abordées lors de la première enquête. Nous cherchions à connaître le vécu de la grossesse, l'accessibilité aux soins. Nous avons réalisé des entretiens individuels avec vingt et un (21) femmes nouvellement accouchées et vingt et six (26) femmes enceintes.

Nous avons également rencontré les accoucheuses villageoises pour connaître leurs difficultés, la qualité de leurs relations avec les femmes et l'amour qu'elles portent à leur métier.

Nous avons rencontré treize (13) A. Deux (2) chefs coutumiers, deux (2) tradipraticiens et deux (2) membres du personnel de santé ont été touchés pour des entretiens individuels dans les deux zones.

**Tableau récapitulatif des entretiens et focus groups réalisés**

		<b>Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>Total</b>
Focus groups	AV	6	8	14
Entretiens	DBC		16	16
individuels	ASV	8	8	16
approfondis		8		8
	Tradipraticiens	4	4	8
Enquête complémentaire	PS	1	1	2
	AV		13	13
	Femmes enceintes		26	26
	Femmes accouchées		21	21
	Chefs coutumiers	2		2
	Tradipraticiens	2		2

#### **2.4. L'analyse des données**

En ce qui concerne l'analyse des données, nous avons procédé d'abord par un traitement manuel des données. Après la réalisation d'un focus ou d'un entretien, un rapport est rédigé. Il y a donc autant de rapports que d'entretien réalisés. Ensuite nous avons procédé à des synthèses par tranches d'âge et par sexe pour les focus et pour les entretiens avec les pretataires, une synthèse par catégorie a été faite.

Une synthèse globale a été ensuite faite faisant ressortir les divergences et les convergences d'opinions d'abord entre les deux zones, entre les deux sexes ou entre les tranches d'âge.

## **2.5. Les limites et les difficultés de l'étude**

Les limites de l'étude tiennent surtout à l'outil utilisé (focus group) qui ne permet pas d'avoir des chiffres (statistiques). Mais loin d'être à la recherche de données chiffrées, nous voudrions des tendances des pistes afin d'orienter les interventions.

Les difficultés rencontrées étaient surtout liées à la période de collecte de données qui a coïncidé avec la saison hivernale. La population était occupée aux travaux champêtres. La réalisation de focus group avec les jeunes filles de Rakaye n'a pas été aisée parce que les parents refusaient l'autorisation à leurs filles de se prêter à nos question. Mais la persévérance et la détermination nous ont permis de surmonter ces différentes contraintes inhérentes à toute étude en science sociale.

**PREMIERE PARTIE :**

**LES REPRESENTATIONS POPULAIRES SUR LES GROSSESSES A RISQUES**

## CHAPITRE I : LES REPRESENTATIONS SUR LA FEMME ENCEINTE

Plusieurs vocables ont été utilisés pour désigner l'état d'une femme enceinte. Ce sont : « *pug tutga* », « *pag sên tar ziibo* », « *paga yeme* », « *pag sên tar puga* ». Ces termes sont utilisés à des périodes différentes de la grossesse.

Quelles significations pouvons-nous donner à ces concepts ?

Le premier concept, « *pug tutga* » est beaucoup utilisé par les personnes âgées pour désigner une femme qui vit ses premiers moments de grossesse et cela jusqu'à trois mois. Selon les femmes âgées à ce stade de la grossesse, elle ne serait pas identifiable par n'importe quelle personne. Il n'y a que des avertis qui peuvent se rendre compte de l'état de grossesse.

La traduction littérale de l'expression « *Pag sên tar puuga* » signifie « une femme qui a un ventre » c'est une expression couramment utilisée par les adolescents. Le fait d'appeler ainsi la femme pendant la grossesse tient au volume du ventre qui a pris des proportions qui dépassent la « normale ». C'est ce signe qui permet également aux jeunes personnes d'identifier une femme enceinte. Pour les jeunes adolescents, lorsque la grossesse est au septième mois elle devient bien visible et personne ne se doute de l'état de la femme. En ce moment, la femme est reconnue comme telle et son état est légitimé par la société qui lui donne son statut de femme enceinte.

Quant aux expressions « *Pag sen tar ziibo* », « *paga yame* » respectivement « une femme qui a un fardeau » et « une femme fatiguée » elles sont usitées par les vieilles personnes.

Le terme « *ziibo* » est utilisé pour désigner « une charge difficile à supporter, ce qui pèse lourdement, une situation difficile à vivre, des problèmes dont la gestion dépasse les capacités ». Si la grossesse est identifiée à un fardeau, c'est tout d'abord au vu de son poids et de son volume et c'est à partir du moment où elle devient visible qu'on parle de « *ziibo* ». Lorsqu'une personne transporte un fardeau pendant un certain temps, elle se fatigue. Que dire alors de la femme enceinte qui doit porter sa grossesse pendant neuf (9) mois ? C'est ainsi que la femme enceinte est qualifiée de « femme fatiguée ».

Les représentations de la femme enceinte s'articulent autour des signes et des comportements.

### **1. 1. LE CONSTAT DE LA GROSSESSE**

La grossesse demeure toujours un moment de discrétion comme l'on déjà souligné plusieurs auteurs. Bien qu'elle soit un événement heureux, il n'y a pas de publicité comme lors des mariages, des baptêmes. Lorsqu'il y a grossesse, on murmure, on chuchote, on suppose, on doute mais la situation n'est jamais clairement posée ; on laisse le soin à chacune de la constater.

Dans la communauté, plusieurs signes permettent d'identifier une femme enceinte.

### **1. 1. 1. Les signes physiques**

Des changements de morphologie permettent toute personne d'identifier une femme enceinte. Ces changements sont des signes visibles qui selon la communauté sont synonymes de grossesse. Ces signes sont :

- le blanchissement du visage et des mains : « la femme devient comme un bébé » ;
- l'apparition de boutons sur le visage ;
- le grossissement des seins et l'enflement des pieds ;
- la prise de poids ou l'amaigrissement de la femme.

Pour tous les groupes interrogés, une femme est enceinte lorsque la grossesse est visible. En général, autour du troisième ou du quatrième mois. Cependant, on notera que pour les adolescents, c'est seulement la grossesse devient visible et ce à partir du septième mois qu'ils reconnaissent l'état de grossesse d'une femme.

### **1. 1. 2. Le changement de comportement**

Une femme enceinte adopte un nouveau comportement conforme au statut qu'elle vit. Ce comportement se lit à travers les faits suivants.

#### ***1. 1. 2. 1. Les activités sociales***

Dans la conception traditionnelle, les travaux ménagers sont des obligations sociales pour toute femme. Elle doit faire la cuisine, les corvées d'eau, porter des fardeaux de bois, pile le mil... Elle doit aussi cultiver. La plupart de ces activités deviennent des « travaux pénibles » (*tuum kieguega*) pour une femme enceinte. Travaux pénibles parce que la femme enceinte n'a plus suffisamment de force pour s'adonner à ces activités, et aussi parce qu'ils peuvent perturber l'évolution de la grossesse. Selon les groupes interrogés, ces activités sont : cultiver (*koobo*), puiser l'eau (*n kieng kuilga*), piler (*n to*), porter de lourds fardeaux (*n dik ziibo*)... Lorsque la femme arrête ou mène avec modération

ces activités,, on peut la soupçonner d'être enceinte. Cependant, ce signes sont-ils suffisant pour identifier une femmes enceinte ?

**La femme enceinte doit éviter les activités suivantes :**

- piler
- porter de lourds fardeaux
- cultiver
- puiser de l'eau
- fendre le bois

La grande majorité des femmes enceintes que nous avons rencontrées affirment qu'elles mènent toujours ces activités. Elles ne les perçoivent pas non plus comme étant des « travaux durs ». Une femme enceinte dit ceci : « *quand je me lève le matin, je fais la vaisselle, je nettoie la maison, je vais aider mon mari à travailler au champ. Je reviens vers midi pour puiser l'eau et faire la cuisine* »<sup>1</sup>. Une autre affirme : « *Je travaille comme avant parce que cela ne me dérange pas et aussi, parce que je n'ai pas le choix* »<sup>2</sup>. Arrêter de mener ces activités n'est pas une caractéristique spécifique de la femme enceinte et, de l'avis d'une parturiente, « *tant qu'on n'est pas malade, on peut toujours travailler* »<sup>3</sup>.

### ***1. 1. 2. 2. Le recours fréquent au centre de santé***

Pour les groupes de jeunes c'est surtout lorsque la femme a fréquemment recours au centre de santé que cela laisse présager une grossesse. A ce sujet un jeune garçon dit reconnaître une femme enceinte par sa fréquentation abusive du dispensaire. Pour cette catégorie de personnes, lorsqu'une femme est enceinte, elle devient malade et se rend au dispensaire pour les soins. En effet, pour le suivi de la grossesse certaines femmes se rendent très souvent à la formation sanitaire pour les pesées, les vaccinations et pour les cas de maladies.

<sup>1</sup> EIA, femme enceinte, Rakaye.

<sup>2</sup> EIA, femme enceinte, Rakaye.

Cependant, la majorité des femmes ne se rendent pas au service de santé pour la gestion de la grossesse. Mais toute femme qui s'y rend est elle forcément enceinte ? Ne peut-on pas y aller pour de simples soins ?

### ***1. 1. 2. 3. Le comportement alimentaire***

La femme enceinte est soumise à des recommandations alimentaires qu'elle doit suivre pour la santé de sa grossesse. Pour ce faire, elle sélectionne les aliments, privilégie certains et s'interdit la consommation d'autres. Ce comportement apporte des soupçons sur son état et tous les groupes interrogés affirment que lorsque la femme adopte ce comportement, elle peut être identifiée comme une femme enceinte. (Nous y reviendrons dans les prochains chapitres).

## **1. 2. L'ANNONCE DE LA GROSSESSE**

La discrétion au cours de la grossesse telle que décrite ne se présente plus de la même façon. Si auparavant, on laissait le soin à tout le monde de le constater, aujourd'hui et plus précisément pour la communauté étudiée, la discrétion n'est plus totale, la nécessité pour la femme d'annoncer sa grossesse à certaines personnes s'est fait sentir.

### **1. 2. 1. Les acteurs informés**

Deux types d'acteurs sont généralement informés de la grossesse ; il s'agit d'une part du mari et d'autre part des femmes âgées.

C'est généralement le mari qui est la première personne à être informée « parce qu'il en est l'auteur ». Il est impératif pour la femme de lui annoncer son état dès le début car, s'il l'apprenait plus tard, il pourrait douter de la paternité de l'enfant. De nos jours, l'auteur d'une grossesse n'est pas d'emblée connu. Il est nécessaire pour la femme d'annoncer sa grossesse à son mari et en même temps l'informer qu'il en est l'auteur. Un

---

<sup>3</sup> EIA, femme enceinte, Rakaye.

AV dit ceci : « *Les femmes d'aujourd'hui se promènent beaucoup c'est pour cela qu'elles doivent annoncer leur grossesse* »<sup>4</sup>.

Une autre raison qui justifie l'annonce de la grossesse au mari est liée à la gestion de la grossesse. La femme doit tout attendre de son mari pour honorer les prestations médicales (pesée, achat de médicaments).

Les femmes âgées sont les secondes informées. Elles jouent le rôle de conseillères dans la communauté. La référence à ces femmes tient au fait qu'elles ont déjà fait leur preuve en maternité. Elles ont acquis une certaine expérience en tant que femme. Tous les groupes interrogés affirment que les femmes enceintes ou nouvellement accouchées font référence aux vieilles femmes pour obtenir des conseils. Ce sont : les belles-mères, les tantes, le grand-mères.

Bien d'autres personnes sont informées de la grossesse. Il s'agit des amies, des coépouses, des proches parents s'ils entretiennent de bons rapports et ont acquis la confiance de la parturiente.

### 1. 2. 2. Le discours de l'annonce

Les acteurs informés de la grossesse sont soumis à un discours qu'ils doivent décoder. Ce discours provient de la femme enceinte qui utilise diverses expressions ou manières pour annoncer sa grossesse.

Pour la majorité des groupes interrogés à ce sujet, la femme utilise un langage spécifique pour parler de sa grossesse. C'est ainsi qu'elle dira à son mari ou à sa belle-mère que « j'ai changé », (*m teedgame*) ou « je ne suis pas comme hier », (*m ka le ouendem m zaame ye*) ou encore, « je n'ai pas vue mes règles ce mois ci » (*m pa yend m pekre kiuug kâga ye*). Quel contenu pouvons-nous donner à ces propos ?

Les expressions utilisées pour annoncer la grossesse :

- J'ai changé
- Je ne suis pas comme hier
- Je n'ai pas vu mes règles

<sup>4</sup> EIA, AV, Rakaye.

Tous ces propos traduisent l'idée de grossesse. Les deux premiers propos traduisent l'idée de changement de morphologie de la femme : Elle grossit ou maigrit, blanchit, change d'habitude alimentaire... Ce sont des signes visibles. Mais on peut se demander si tout changement est synonyme de grossesse ? Pas forcément. Le changement est un phénomène irréversible. Du point de vue biologique, la nature humaine est en perpétuel changement car à tout moment des cellules meurent et d'autres naissent. Ce qui fait que l'homme grandit, il se reproduit et meurt.

Quant à l'expression, « je n'ai pas vu mes règles », même si la disparition des règles est un signe de grossesse, elle ne traduit pas systématiquement l'état de grossesse. Elle peut être liée à une anomalie quelconque.

Certains rites consistaient à annoncer à la femme qu'elle est enceinte. Nous proposons la description de la cérémonie de l'annonce de la grossesse.

*« Les tantes choisissent un jour, se réunissent pour aller annoncer à la femme qu'elle est enceinte. Pour l'occasion, elles préparent des poulets, des galettes, de la cola et se rendent chez la femme individuellement. Lorsqu'elles se retrouvent chez la femme enceinte, l'une d'entre elles demande à la femme enceinte de rentrer dans sa case et de lui apporter quelque chose comme de l'eau par exemple. Lorsque la femme rentre pour chercher la chose en question, toutes les tantes se rurent sur elle et l'empêchent de sortir. On l'invite à s'asseoir au milieu et à tour de rôle, les femmes lui portent des injures comme « tu m'as insultée, ... tu m'as volée mon mari... » et on ne laisse pas la femme se défendre. On lui répète les mêmes choses jusqu'à ce qu'elle verse des larmes. A partir de ce moment, les tantes ressortent, se partagent la nourriture, mangent et rentrent chez elle. Quant à la femme, elle restera dans la case toute la journée »<sup>5</sup>.*

Ces genres de cérémonie comme nous avons pu le constater, et selon les enquêtés, ne sont plus d'actualité car selon un chef coutumier beaucoup de choses ont changé. Nous proposons un extrait de l'interview que nous lui avons accordé. Il se prononce par rapport à la non pratique des cérémonies.

*« ... Plusieurs rites et coutumes qui existaient avant ne sont plus en cours pour diverses raisons. Prenons l'exemple de la cérémonie de « l'attache de la grossesse ».*

---

<sup>5</sup> GDD, Femme de 40 ans et plus, Rakaye.

*« Pug sîngnego » Elle était destinée aux femmes primipares. Cette cérémonie avait pour but d'intégrer la femme dans la famille de son mari et surtout de pouvoir donner un nom à l'enfant à sa naissance. Si cette cérémonie n'est pas faite, la femme reste une étrangère dans sa belle-famille, et son premier enfant portera le non « Ninda ». Cet enfant, s'il s'agit d'un garçon, ne pourra jamais remplacer son père dans les activités coutumières. S'il s'agit d'une fille, elle n'aura de mari que si toutes les fille de sa génération en ont eu ».*

Aujourd'hui, les filles ne sont plus données en mariage. Chacune choisit son conjoint et les gens ne voient plus la nécessité de faire cette cérémonie. Pour ce qui est des interdits, ils ont diminué. Même si on ne les diminue pas, les jeuns ne les suivront pas. Avant, avec les interdits, on avait peut et on risquait de perdre la vie si on ne les suivait pas. De nos jours, les gens connaissent et ils disent que tout est une affaire de Dieu : *« Bum fâa ya Wennaam tuumde ».*

Ici, il y a beaucoup de musulmans, de catholiques et de protestants. C'est ce qui a précipité les choses et aujourd'hui, une femme enceinte ne peut s'empêcher d'aller au dispensaire car si le marigot se tord, le crocodile se tord aussi »<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> EIA, chef coutumier, Komsilga.

## CHAPITRE II : DU CONCEPT DE RISQUE EN MATERNITE

### 2. 1. PERCEPTION DU RISQUE

Toute grossesse présente un risque. A ce sujet, une Accoucheuse Villageoise disait que « *pug yaa giise* »<sup>7</sup>, c'est-à-dire, la grossesse est un problème. De la grossesse à l'accouchement, la communauté trouve que la femme est confrontée à diverses maladies qui peuvent être la fièvre, les vomissements, les maux de ventre, les douleurs pelviennes, les hémorragies. Les autres risques liés à la maternité sont la rétention placentaire, le long travail ; la paralysie des jambes qui est une conséquence d'un long travail. Le risque sévère est la perte de la parturiente. Cependant, pour la communauté et notamment les hommes âgés, certaines de ces maladies ne doivent pas être considérées comme des maladies à part entière, mais des malaises qui surviennent lorsque « on change ». C'est dans ce sens que l'OMS a pris soin de dire que la grossesse n'est pas une maladie mais un « état physiologiquement normal » et « temporairement spécial » ajoute Lallemand. Cependant, la femme se doit de considérer cet état qui, loin d'être une maladie, présente souvent des risques dont les causes se situent à plusieurs niveaux.

### 2. 2. LES DIFFERENTS NIVEAUX DU RISQUE

D'un point de vue biomédical, toute grossesse présente des risques. C'est l'accessibilité aux soins, leur qualité qui déterminent les risques encourus. On arrive ainsi à distinguer des femmes à haut risque et des femmes à moindre risque. Nous verrons dans une conception populaire les différents niveaux du risque.

#### Les complications obstétricales ont pour causes :

- La petite taille
- L'âge trop jeune
- La grande multiparité
- Le non contrôle de l'alimentation
- La pauvreté

<sup>7</sup> EIA, AV, Rakaye.

- Certaines pratiques traditionnelles

### 2. 2. 1. Risque de taille

L'une des causes de complication de grossesse est liée à l'aspect physique de la femme. Pour les personnes enquêtées, une femme de taille petite court un grand risque de présenter des complications pendant l'accouchement. En effet, la petite taille serait synonyme de bassin étroit « *pag sên pa yalme* »<sup>8</sup>. Le risque est surtout perçu pendant l'accouchement car le bassin n'est pas assez large pour permettre la sortie de l'enfant. C'est ainsi qu'une intervention chirurgicale est même envisagée pour les femmes de petite taille. Un jeune homme nous raconte l'histoire de sa femme : « *ma femme était enceinte, vu sa taille (petite), l'accouchement prévoyait de la référer à Ouagadougou pour une intervention. Mais, ajoute-t-il, cela n'a pas eu lieu grâce à mes prières et je n'ai pas eu non plus besoin de chercher de remèdes* »<sup>9</sup>. Un autre participant, qui a aussi une femme de petite taille affirme avoir eu recours à un tradipraticien pour faciliter l'accouchement.

### 2. 2. 2. Risque et âge

L'une des causes de complication obstétricale selon la communauté est l'âge de la parturiente. Cet âge, s'il est précoce prédispose à d'éventuelles complications.

Lors des Ateliers d'Auto Analyse, il est ressorti à Rakaye comme à Komsilga qu'une femme de moins de dix sept (17) ans n'en est pas une. Elle est une fillette, un enfant « *biiga* » « *pag sên pa ta ye* ». Ses organes ne sont pas assez développés pour concevoir. Lorsque la « fillette » à cet âge est enceinte, les risques de complications sont nombreux. Ceux-ci sont liés d'une part à l'immaturité des organes et d'autre part à l'immaturité d'esprit. Certaines ignorent leur état et d'autres ne voulant pas qu'on s'en aperçoive, ne suivent pas les règles d'hygiène élémentaires de la grossesse. Cela fait de la grossesse précoce une grossesse à risque.

Le phénomène de grossesse précoce a pris une ampleur rapide malgré les multiples efforts consentis par les services de la santé et l'ensemble de la communauté à

---

<sup>8</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

travers la sensibilisation et la mise en place des moyens contraceptifs pour assurer une sécurité sexuelle pour tous. Les zones urbaines comme les zones rurales sont touchées par ce phénomène. On peut l'expliquer par le fait que les sanctions à l'encontre des grossesses hors mariage tendent à disparaître et sont de plus en plus tolérées.

### 2. 2. 3. Risque et multiparité

La multiparité peut aussi engendrer des risques. Elle se situe à partir de la septième grossesse selon les agents de santé communautaire. Selon eux, après sept grossesses, la femme devient très faible alors que le port d'une grossesse nécessite beaucoup de force.

Pour les prestataires communautaires, non seulement toute femme devrait observer un certain intervalle de temps entre les naissances (deux ans au moins pour la grande majorité) mais aussi limiter le nombre de grossesses à sept au maximum.

Cette perception de la multiparité comme cause de complication est née à partir des campagnes de sensibilisation en planification familiale, MST et SIDA.

Les deux zones ont connu ces dernières années de vastes campagnes par les DBC. La grande majorité de la population a été touchée et de plus en plus la communauté est en train d'intégrer ces valeurs dans ses systèmes de représentation. Même si certains membres de la communauté n'adhèrent toujours pas à la planification familiale, les contraintes économiques et sociales imposent aux populations des normes de vie et de comportement. La grande multiparité, autrefois synonyme de richesse, de pouvoir, de prestige est aujourd'hui réduit à sa seule dimension numérique et ne confère plus un statut particulier. Un ASV nous raconte son histoire :

*« Si j'avais su, je n'aurais pas fait douze (12) gosses. Maintenant que je sais que c'est difficile de les entretenir, c'est trop tard. Si je n'avais pas tous ces enfants, aujourd'hui, j'aurai de quoi me déplacer, je serai bien habillé... Vous savez, aucun de mes enfants ne va à l'école. Je n'arrive même pas à les nourrir. Où trouver de quoi payer les frais de scolarité ? Vous êtes bien jeune, ne faites pas comme nous... »<sup>10</sup>.* Cet ASV qui

---

<sup>9</sup> GDD, Hommes mariés de 20-29 ans, Rakaye.

<sup>10</sup> EIA, ASV, Rakaye.

regrette le grand nombre de ses enfants n'est pas le seul dans la communauté ; ils sont nombreux. Les conditions économiques, sociales et éducatives nécessitent d'énormes moyens financiers. Ces conditions font qu'un nouveau regard est porté au grand nombre d'enfants.

#### **2. 2. 4. Risque et gestion de l'espace**

L'espace, ce sont les rapports sociaux, le champ des relations interpersonnelles. Ces relations sont très importantes dans le cadre de notre étude. Il s'agit pour nous d'analyser les risques que court la parturiente dans ses rapports avec les individus et dans ses rapports avec le champ spatial.

##### ***2. 2. 4. 1. Risque et rapports parturiente-espace social***

Lorsqu'une femme est enceinte, les individus qui la côtoient lui portent un nouveau regard car elle est devenue « spéciale », elle porte un fardeau et le moindre geste pourrait contribuer à la faire tomber. De ce fait, toute la communauté se mobilise et se réorganise pour décharger la femme enceinte de ses multiples occupations. Le rôle producteur de la femme n'est plus à démontrer : c'est elle qui assume les travaux ménagers quotidiennement : Puiser l'eau, porter e lourds fardeaux de bois, nettoyer la maison. Elle est astreinte aussi à des travaux champêtres. La plupart de ces activités comme nous l'avons déjà souligné sont perçues par tous les groupes d'âge des deux sexes comme des causes de complications de grossesse ou d'accouchement. Cependant, si la communauté pense que les travaux durs posent problème, elle reconnaît aussi que l'inactivité n'est pas une solution au problème posé. Elle laisse même présager un accouchement difficile. De nouveaux rapports s'établissent entre la famille et la femme enceinte pour éviter qu'elle ne s'adonne à des travaux durs ou qu'elle ne reste inactive. Ces rapports s'articulent autour de la solidarité et de la sympathie.

La solidarité se manifeste par de multiples aides. Aide surtout dans les travaux ménagers ; la plupart des femmes enceintes ont cité la belle mère comme personne qui les aide lorsqu'elles sont enceintes. Une femme enceinte dit : « *souvent, quand je*

*reviens du champ, je trouve que ma belle mère a déjà fait la vaisselle, la cour est nettoyée et elle a même apporté de l'eau. Il ne me reste qu'à faire la cuisine* »<sup>11</sup>. Cependant, il faut noter que certaines femmes ne trouvent pas de la peine à exécuter ces tâches car leur grossesse ne les en empêche pas.

A propos de la sympathie, elle a pour but d'aider la femme à bien conduire sa grossesse et surtout d'éviter que la femme ne tienne des propos injurieux qui seraient à l'origine du « *rog toogo* » (accouchement difficile) et plus précisément de la rétention placentaire « *naaba sâa ka yit ye* ».

#### **2. 2. 4. 2. Rapports parturiente et champ spatial**

L'espace spatial et temporel devient aussi limité pour une femme enceinte qui ne veut pas connaître des complications. « Les courses inutiles », (« *Kien sâa pa tar yôd ye* »), « les sorties aux heures chaudes »<sup>12</sup>, « *s'approcher d'une source de grande chaleur comme au cours de la préparation du dolo* »<sup>13</sup> provoquent des avortements.

La fréquentation de rites funèbres entraîne également des complications. L'auteur de la grossesse est aussi soumis à des limites spatiales. Il ne devrait pas s'adonner à des activités de construction de maison, ni à des voyages d'affaires, ni participer au creusement d'une tombe. Tout cela tue le fœtus. Mais un participant nous fait remarquer que de nos jours, il est difficile de suivre ces prescriptions.

Par exemple, pour le cas du creusement de la tombe, il n'y a plus assez de gens disponibles pour le faire comme dans le passé ; donc, tout homme se trouvant dans cette situation, même ayant une femme enceinte se sent obligé de le faire.

#### **2. 2. 5. Risque et alimentation**

---

<sup>11</sup> EIA, femme enceinte, Komsilga.

<sup>12</sup> GDD, femmes mariées de 30 à 39 ans, Rakaye.

<sup>13</sup> GDD, femmes mariées de 30 à 39 ans, Rakaye.

L'alimentation joue un rôle important pendant la grossesse. Elle est même un élément déterminant car sa mauvaise gestion entraîne des conséquences très graves pour la femme. Les carences alimentaires, la consommation abusive de certains aliments sont des comportements selon la communauté qui ne favorisent pas le bon déroulement de la grossesse. Les carences alimentaires sont causes de l'anémie qui peut conduire à la mort. Quand à la consommation abusive de certains aliments : par exemple, le sel et les mangues font grossir le fœtus et ils sont cause d'un accouchement difficile. Alors, la femme est tenue de suivre un régime alimentaire particulier pour assurer un accouchement facile.

Après l'accouchement, la consommation d'aliments « froids » provoque des complications. Pour la communauté, lorsque la femme vient d'accoucher, il y a des saletés qui restent dans le ventre et doivent être évacuées avec la consommation d'aliments légers et chauds. Si cela n'est pas respecté « *le ventre se refroidit et les saletés ne seront pas évacuées* »<sup>14</sup>. Elle court donc le risque de présenter des maux de ventre ou de faire une diarrhée.

## **2. 2. 6. Risque et paupérisation**

La pauvreté des individus accentue les risques encourus par la femme au cours de sa grossesse ou pendant son accouchement. Le manque de moyens se situe tant au niveau des individus qu'au niveau de l'Etat. L'Etat a instauré un système de tarification des soins de santé depuis la mise en place de « l'initiative de Bamako » pour permettre l'autogestion des formations sanitaires. Ce système a plutôt accentué le problème, car il n'existe plus de gratuité de soins et de médicaments. Tout s'achète, tout se vend ; c'est ainsi que Stéphane Tizio et Yves Antoine Florie ont intitulé un article : l'Initiative de Bamako : « Santé pour tous » ou « maladie pour chacun » ? Sans argent, on ne peut plus se faire soigner.

La femme enceinte sujette à de nombreux troubles, a besoin de soins médicaux. Elle doit non seulement payer les consultations mais aussi honorer les frais d'ordonnance. Le plus souvent, c'est au mari que revient la charge de faire les dépenses. Mais quand on sait qu'il n'est pas exclu du système de la pauvreté, on comprend pourquoi

s'acquitter de cette tâche est souvent difficile. Le remède se vend et en aucun cas, il ne sera donné gratuitement. C'est également le problème financier qui conduit la femme à s'adonner à des « travaux pénibles » comme ceux déjà présentés qui engendrent des complications.

Au cours des Ateliers Auto Analyse, les hommes ont accusé les femmes de ne pas suivre leurs conseils. Pour eux, lorsque la femme est enceinte, on diminue son volume de travail pour lui permettre de se reposer. Par exemple, si elle avait l'habitude de passer toute la journée au champ, lorsqu'elle est enceinte, on la libère aux environs de midi. Mais ajoutent les hommes, les femmes ne comprennent pas que c'est pour leur bien. Au lieu d'aller se reposer, elles vont cultiver dans leur propre champ. Les femmes rétorquent en disant que « *les hommes ne subviennent pas à nos besoins. Nous devrions travailler pour nous prendre en charge* »<sup>15</sup>.

La venue d'un enfant au monde nécessite d'énormes dépenses. Il faut préparer un trousseau : alcool, bandes, coton, compresses pour l'accouchement et faire face aux premiers soins de l'enfant et de la mère. Les pagnes et layettes sont nécessaires à la toilette de l'enfant, pour le garder au chaud et éviter d'éventuelles maladies.

Ne pas avoir de moyens financiers aujourd'hui implique la non prise en charge de la grossesse. Le manque de moyens (surtout financiers) n'est pas une cause directe de complication, mais il constitue un catalyseur donnant du poids aux causes directes.

### **2. 2. 7. Risques et pratiques traditionnelles**

Les pratiques traditionnelles ayant cours pendant la grossesse ou pendant l'accouchement sont jugées néfastes. Il s'agit du massage du ventre ou le gavage avec une décoction de plantes pour accélérer l'accouchement. Pour les enquêtés, ces pratiques sont rares dans la société mais existent quand même. Elles mettent en péril la vie de la mère et de l'enfant.

---

<sup>14</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

<sup>15</sup> AAA, Rakaye.

## L'excision

C'est une forme de mutilation sexuelle féminine pratiquée dans plusieurs sociétés africaines. Malgré les différentes stratégies de lutte, les campagnes de sensibilisation, la pratique est toujours en vigueur. Si à Komsilga, la population a cité avec conviction l'excision comme cause de complication pendant l'accouchement, à Rakaye, elle a aussi été citée mais avec moins de conviction. C'est ce qui est traduit en ces termes « *on a dit de ne plus exciser les filles, on ne le fait plus* »<sup>16</sup>. Dans cette région, les conséquences de l'excision semblent ne pas être connues et la population reste sceptique quant aux risques qui peuvent en être liés. Même si l'excision a été citée comme cause de complication, c'est au terme d'une leçon apprise assimilée comme tout bon élève ; mais la leçon n'a pas conquis la confiance ni l'adhésion de cette population.

Beaucoup d'enquêtés et notamment dans les tranches d'âges jeunes ont manifesté leur ignorance face aux causes des risques de complication. Ils affirment avoir entendu parler des risques mais ignorent leurs causes. Pour eux ce sont des phénomènes internes qu'ils ne peuvent pas voir. C'est seulement à la formation sanitaire qu'on peut déceler des complications, leurs causes et assurer une prise en charge. La plupart des ASC, DBC interrogés s'en remettent à l'AV comme dépositaire de connaissances en la matière car se sont elles qui sont en contact avec les femmes en grossesse. Ils estiment que c'est leur métier et qu'elles s'y connaissent.

Les causes des complications obstétricales sont nombreuses. Elles sont rarement attribuées à des causes fatalistes ou aux pouvoirs des « *kinkirsi* » (génie), à des mauvais sorts comme l'avaient souligné bien d'autres auteurs dans des études précédentes. Elles sont liées à l'alimentation, au physique, à l'âge, la grande multiparité et à certaines pratiques traditionnelles.

Cette nouvelle perception des causes est à attribuer d'une part à la proximité de deux aires sanitaires de la ville de Ouagadougou et d'autre part à l'introduction de diverses catégories d'agents de santé communautaire (ASC, AV, DBC). Leurs prestations ont favorisé l'éclosion de nouveaux comportements et l'abandon progressif de certaines pratiques traditionnelles. Pour étayer nos propos, il y a la manière dont les jeunes

---

<sup>16</sup> GDD, femmes de 40 ans et plus, Rakaye.

répondaient aux questions : « *on a dit que c'est ce qu'on faisait avant mais aujourd'hui, on ne le fait plus* » ou encore, « *on a entendu nos mères en parler sinon on ne connaît pas* »<sup>17</sup>.

Au cours de l'enquête, certes nous voulions connaître les pratiques traditionnelles mais l'intéressant pour nous était de savoir celles qui étaient en cours. L'animateur était obligé de demander aux participants au cours des GDD de parler de ce qui est encore pratiqué dans leur société et de préciser ce qui a existé et qui n'est plus d'actualité.

---

<sup>17</sup> GDD, jeunes filles de 14 à 19 ans, Rakaye.

**DEUXIEME PARTIE :**

**ORGANISATION ET GESTION DU RISQUE DANS LE CHAMP SOCIAL**

Dans la première partie, nous avons analysé les perceptions de la communauté face aux risques de complication de grossesse ou d'accouchement. Ces risques, comme nous l'avons vu, sont perçus à plusieurs niveaux.

Dans cette deuxième partie, nous verrons comment ces risques sont pris en charge ainsi que les logiques qui sous-tendent cette prise en charge. Pour cela, nous verrons dans un premier chapitre la prise en charge au niveau de la communauté et dans un second, la prise en charge au niveau des prestataires communautaires.

### CHAPITRE III : LE NIVEAU D'IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE DANS LA GESTION DES RISQUES

Le but de ce chapitre est d'analyser la contribution de la communauté dans la prise en charge de la maternité ainsi que les problèmes rencontrés.

#### 3. 1. DE LA RESPONSABILITE SOCIALE DE L'HOMME

La grossesse, rappelons-le, c'est le résultat fécond de l'union de deux personnes de sexes opposés. Mais comme on peut le constater la maternité est généralement l'affaire des femmes ; les hommes s'en mêlent peu. Pour beaucoup d'enquêtés « *l'homme n'a aucun rôle à jouer pendant la grossesse ou à l'accouchement* »<sup>18</sup> car dit un groupe de femmes âgées, « *l'homme ne connaît rien* »<sup>19</sup>, cette idée se retrouve au niveau des âges plus avancés aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Pourtant, l'homme joue certains rôles pendant la grossesse et à l'accouchement.

##### 3. 1. 1. Homme, partenaire financier : le *sôg venega*

On reconnaît à l'homme son rôle économique prépondérant dans la gestion familiale. C'est à lui qu'incombe la charge financière de toute la famille. La gestion d'une grossesse nécessite de nos jours des moyens financiers. La gestion biomédicale l'exige et c'est à l'homme d'œuvrer pour honorer les différentes ordonnances. Du suivi de la grossesse à l'accouchement, les dépenses sont nombreuses : les frais de consultation prénatale (pesées, achat de médicaments, examens divers). De par nos enquêtes, c'est un domaine exclusivement réservé à l'homme et en aucun cas, la contribution d'une autre personne n'a été mentionnée. Dans la majorité des cas, il est ressorti que « *c'est le mari qui doit donner l'argent pour les pesées* »<sup>20</sup> et « *honorer les frais d'ordonnance* »<sup>21</sup>. En plus des frais médicaux, l'homme doit veiller à assurer une bonne alimentation régulière à sa

<sup>18</sup> GDD, hommes 30 - 39 ans, Komsilga.

<sup>19</sup> GDD, femmes de 40 ans et plus, Rakaye.

<sup>20</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

<sup>21</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

femme car « elle n'est plus seule » par l'apport des aliments tels que la viande et le poisson dont l'acquisition nécessite des moyens financiers.

Ce rôle attribué à l'homme n'est pas toujours respecté parce que, comme le dit le chef coutumier de Komsilga, « *si tu dis que tu veux porter une culotte et que tu n'a pas le tissu pour te la faire, tu ne vas pas te remettre à ton caleçon* »<sup>22</sup>. Selon lui, les hommes savent qu'ils doivent assurer une bonne alimentation à leur femme surtout quand elle est enceinte. Mais, ajoute-t-il, ils n'ont pas les moyens nécessaires pour le faire. Les hommes le savent également et certains reconnaissent que ce rôle n'est pas toujours assumé. Cependant, la majorité affirme que s'ils avaient les moyens, ils n'hésiteraient pas à bien s'occuper de leur femme.

### **3. 1. 2. Le sôg sologdem**

#### **3. 1. 2. 1. Homme et gestion du foyer**

La contribution de l'homme au ménage est révisée lorsque la femme est enceinte. Dès lors, l'homme aide sa femme dans les travaux comme « *fendre le bois, puiser l'eau, faire la lessive* »<sup>23</sup>.

La plupart des hommes trouvent de la gêne à exécuter ces genres d'activités car elles sont attribuées aux femmes. Un homme qui se livre à ses activités sort de l'ordinaire et cela est sujet à critique. Pour éviter les multiples critiques, les hommes les font sous une forme voilée. Une anecdote qui nous a été contée dit ceci : « *Un homme se rendait régulièrement au puits pour puiser de l'eau. Interpellé un jour par ses voisins qui voulaient en connaître les raisons, il leur dit ceci : ce sont mes animaux qui boivent beaucoup ces temps-ci* »<sup>24</sup> alors qu'en fait, il le faisait pour aider sa femme en grossesse. C'est le « *sog sologdem* » (aide cachée).

Mais, à défaut de faire ces tâches, l'homme peut demander l'assistance de sa sœur ou d'une aide sociale auprès de sa femme.

---

<sup>22</sup> EAI, Chef coutumier.

<sup>23</sup> Synthèse des GDD, Rakaye, Komsilga.

<sup>24</sup> GDD, hommes 20-29 ans, Rakaye.

Par contre, les jeunes hommes célibataires ne trouveraient pas de honte à exécuter ces tâches lorsqu'ils se trouveront dans de pareilles situations. Un jeune homme dit ceci : « *Si un jour je me marie et que je vois que les travaux que fait ma femme porteront préjudice à mon enfant je les ferai à sa place* »<sup>25</sup>.

### **3. 1. 2. 2. L'homme chez le devin**

Dans la société traditionnelle, une maladie a toujours une cause sociale ; elle n'est jamais gratuite. La consultation divinatoire est une pratique courante pendant la grossesse pour en connaître le déroulement. A la suite de la consultation, des sacrifices ou des aumônes sont faits pour exorciser les complications qui peuvent en découler. Généralement, c'est l'homme qui va à la recherche des devins, sans l'avis de sa femme qui le plus souvent ignore que son mari consulte des devins à son sujet. C'est un rôle reconnu et accompli par les hommes. La consultation divinatoire fait partie du « *sog sologdem* ».

La plupart des rôles assignés à l'homme ne sont pas accomplis, les femmes déplorent cette situation et souhaitent les voir exécuter es tâches. Les hommes aussi déplorent le fait qu'ils n'ont pas accès à la salle d'accouchement auquel cas, comme le dit un d'entre eux « *j'allais pleurer un peu avec ma femme le jour de son accouchement* »<sup>26</sup>. N'ayant pas l'autorisation d'y entrer, les hommes ne peuvent qu'attendre dans l'impatience qu'on leur annonce la naissance de l'enfant ; l'attente est accompagnée de prières et de vœux de « *bonne chance* »<sup>27</sup>.

## **3. 2. DE LA RESPONSABILITE SOCIALE DES FEMMES**

Le rôle des femmes dans la maternité n'est plus à démontrer. Ce sont elles qui portent les grossesses, subissent les différents troubles, les douleurs de l'accouchement et assurent les soins des nouveaux nés. Il existe une solidarité entre les femmes dans la gestion d'une grossesse. Mère, tante, grand-mère s'organisent pour aider la parturiente.

---

<sup>25</sup> GDD, hommes 14-19 ans, Rakaye.

<sup>26</sup> GDD, hommes 20-29 ans, Komsilga.

<sup>27</sup> GDD, hommes 20-29 ans, Komsilga.

### 3. 2. 1. Rôle de la parturiente

Contrairement à l'homme qui est responsable de la grossesse et doit intervenir dans les dépenses financières, le rôle de la femme se résume à porter la grossesse et adopter un comportement adéquat, propice à sa grossesse. Elle attend l'essentiel de son mari : c'est lui qui « *donne l'autorisation d'aller à la formation sanitaire* »<sup>28</sup>, c'est également lui qui donne l'argent pour les pesées.

La grossesse est gérée par l'homme ; et la femme subit les caprices de ce dernier. Pourtant, comme nous l'avons déjà souligné, elle s'adonne à des activités qualifiées de « dures » pour subvenir à certains de ses besoins. Nous avons remarqué que quand il s'agit des dépenses financières, la femme se désengage. Cette attitude suscite des réflexions, au vu de l'image qu'on veut donner à la femme aujourd'hui. Elle a longtemps été mise en marge du développement économique. C'est une injustice faite aux femmes, dit-on. Pour corriger cette injustice une discrimination dite « positive » est faite pour permettre à la femme d'avoir sa part dans l'économie. Les femmes elles-mêmes l'ont compris et en font leur cheval de bataille. Mais les femmes des zones rurales ne sont pas encore touchées par ce phénomène. Et toutes les femmes que nous avons interrogées (en grossesse ou nouvellement accouchées) disent que c'est le mari qui prend en charge les frais médicaux et de pesées. Alors que beaucoup d'entre elles qui mènent des activités génératrices de revenus (petits commerces comme vente de beignets, d'arachides) disent qu'elles utilisent les bénéfices le jour de marché ou pour acheter des vêtements. Jamais elles n'ont dit utiliser leurs bénéfices pour les frais de pesées. Interrogées sur le sujet, certaines affirment que la « *chose (grossesse) ne nous appartient pas* »<sup>29</sup> et une tradipraticienne dit que « *le rôle de la femme se résume à porter la grossesse. Quand elle accouchera, l'enfant reviendra à l'homme* »<sup>30</sup>. Mais, est-ce pour autant que la femme ne doit pas contribuer à la gestion financière de sa grossesse. Surtout que l'on sait que sa vie en dépend.

<sup>28</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

<sup>29</sup> EIA, femme nouvellement accouchée, Komsilga.

<sup>30</sup> EIA, tradipraticienne, Rakaye.

Si le mari ne peut pas payer les frais d'ordonnance, pourquoi la femme elle-même ne le ferait pas si elle en a les moyens et c'est l'homme qui devrait le faire ?

### 3. 2. 2. De conseillères en perte de vitesse

Belle-mère, tante, mère et grand-mère sont des personnes ressources auxquelles se réfèrent une femme enceinte pour recevoir des conseils. Des conseils sur le comportement de la femme enceinte sont dictés par elles : « *Ne pas s'asseoir jambes fléchies* », « *ne pas porter des habits serrés* »<sup>31</sup>. Par exemple le comportement vis-à-vis de l'alimentation est aussi enseigné par les vieilles femmes.

Pourtant, les jeunes filles déplorent le fait que les vieilles personnes ne les assistent pas quand elles sont enceintes. La majorité des femmes enceintes interrogées individuellement disent qu'elles ne reçoivent pas de conseils de la part des vieilles. Une femme nouvellement accouchée dit que « *on attend souvent les vieilles dire de ne pas faire ceci ou cela pendant la grossesse. Si tu entends cela et que tu es malin pendant la grossesse tu suivras ce que tu as entendu dire* »<sup>32</sup>. Une autre de dire : « *Ma conseillère, c'est mon poste radio. La nuit quand je suis fatiguée, je me couche, mon poste à côté de mon oreille et j'écoute les conseils. C'est par la radio que j'ai appris qu'il ne faut pas beaucoup travailler quand on est enceinte... Ma grand mère est accoucheuse mais elle n'a jamais le temps pour moi. Quand je pars demander des conseils à mes tantes, elles me disent : tu es une blanche (nasara), va te renseigner au dispensaire* »<sup>33</sup>.

Les vieilles personnes aussi se plaignent des jeune filles qui ne suivent plus leurs conseils : « *elles sont devenues des savantes (bâgdba) et ne nous consultent plus* »<sup>34</sup>. D'ailleurs, dit une femme, « *quand elles sont enceintes, elles vont directement à la formation sanitaire* »<sup>35</sup>. Pourtant, ce sont ces personnes âgées qui ont été indexées d'assister les plus jeunes et les aider à acquérir les connaissances et à bien passer leurs premières épreuves de maternité.

<sup>31</sup> Synthèse des GDD (Rakaye et Komsilga).

<sup>32</sup> EIA, femmes nouvellement accouchée, Komsilga.

<sup>33</sup> EIA, femme enceinte, Rakaye.

<sup>34</sup> GDD, femmes de 40 ans et plus, Rakaye.

<sup>35</sup> GDD, femmes de 40 ans et plus, Rakaye.

Les conseils liés à la gestion de la grossesse ne sont plus prodigués par les personnes âgées seulement. Il existe bien d'autres voies telles que les médias et les structures sanitaires qui sont des voies modernes. Les messages diffusés de part et d'autre ne sont pas forcément les mêmes. La conciliation entre les discours traditionnels et modernes n'est pas aisée.

### **3. 2. 2. 1. *Le counseling familial***

Il est constitué de l'ensemble des pratiques visant à prévenir les complications. Le suivi de ces pratiques assure le bon déroulement de la grossesse. Nous verrons les règles du comportement pendant la période de la grossesse et celles de l'après accouchement.

La conduite à tenir pendant la grossesse peut varier d'une femme à une autre. Il n'y a pas de conduite pré-établie car les grossesses ne se ressemblent pas. Chaque femme doit adapter sa conduite à sa grossesse du moment. Une A.V nous confie ceci : « *Certaines grossesses n'aiment pas les vendredis, d'autres n'aiment pas les jours de marchés d'autres encore n'aiment pas la cour paternelle* »<sup>36</sup>. D'une manière générale, le comportement d'une femme enceinte est perçu à travers deux éléments.

#### **3. 2. 2. 1. 1. *Comportement alimentaire***

On peut classer l'alimentation d'une femme enceinte en deux catégories :

##### **Les aliments déconseillés**

C'est la consommation des excitants comme le piment, l'alcool, la cola, le tabac, le café. Tout autre aliment qui ne conviendrait pas avec la grossesse devrait être évité. Ces produits sont dangereux pour la santé. Nous proposons quelques aliments déconseillés et leurs conséquences identifiées par les différentes tranches d'âge :

---

<sup>36</sup> EIA, AV, Rakaye.

*« une femme enceinte ne doit pas consommer du sel ; cela fait grossir le fœtus et la femme aura des problèmes à l'accouchement » ;*

*« la femme enceinte ne doit pas consommer du piment car il paraît que cela fait partir la peau du fœtus » ;*

*« la femme enceinte ne doit pas manger quelque chose qui ne conviendrait pas à la grossesse comme les oignons par exemple » ; « une femme enceinte doit faire attention à certaines nourritures comme les mangues qui entraînent des complications. Elle doit se méfier de l'alcool notamment le «Râ-toogo» (bière de mil local), aux liqueurs comme le « kututku », le pastis, la cola, le tabac, le café parce que les agents de santé communautaire disent que c'est très dangereux » ; « elle ne doit pas consommer du miel qui provoque des avortements »<sup>37</sup>.*

Dans les deux communautés, nous avons voulu savoir s'il existe des interdits alimentaires spécifiques à la femme enceinte. Il n'y aurait pas d'interdit préétabli. Cependant, chaque femme, à partir de son expérience et de son vécu quotidien choisit ce qui est bon pour sa grossesse. Par exemple, dit une femme enceinte, *« si tu manges quelque chose aujourd'hui et que tu as des maux de ventre, demain, tu éviteras d'en manger encore »*<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

<sup>38</sup> EIA, femme nouvellement accouchée, Komsilga.

### Les aliments conseillés

La consommation d'aliments chauds est vivement recommandée après l'accouchement. « le chaud » a des pouvoirs thérapeutiques pour la femme et pour l'enfant. Les repas chauds « *ri tulga* » (bouillie, tô chaud ou soupe chaude) permettent à la femme d'évacuer le sang restant dans son ventre. Si elle consommait des aliments froids « *ri maasga* » son ventre « *pourrait noircir entraînant des complications* »<sup>39</sup> tels des maux de ventre, la diarrhée. La consommation d'aliments lourds et froids comme le *gonré* (aliment à base de haricot), le maïs frais ou tout aliment à base de haricot peuvent aussi donner des maux de ventre. Ces aliment peuvent également indisposer l'enfant. En plus des repas chauds la femme doit « *bien manger car elle mange pour deux* »<sup>40</sup>.

Cet avis est partagé aussi bien qu'elle doit intégrer trois catégories d'aliments qui sont :

- le « *laafi riibo* » (aliments qui donnent la santé) constitué de fruits comme la banane, les oranges ;
- le « *pâg riibo* » (aliments qui donnent la force), tout aliment à base de céréale comme le tô, le riz.
- le « *ziim riibo* » (aliments qui donnent le sang) comme le poisson et la viande.

---

<sup>39</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

<sup>40</sup> GDD, femmes de 20-29ans, Komsilga.

### **Les aliments recommandés pour une femme enceinte**

#### **Laafi riibo (aliments donnant la santé)**

- Feuilles d'oseille
- Feuilles de haricot
- Feuille de courgette
- Feuille de baobab

#### **Ziim riibo (aliment donnant du sang)**

- Poulet
- Œufs
- Poisson

#### **Pâg riibo (aliment donnant la force)**

- Mil
- Maïs

#### **Rii noondo (mets succulents) selon les adolescentes seulement :**

- Tô (pâte de farine de mil ou de maïs)
- Soupe de pintade
- Lait

La femme doit intégrer ces trois catégories d'aliments dans ses habitudes alimentaires pour éviter une quelconque carence.

Dans les maternités des deux CSPS, des affiches illustrent l'alimentation d'une femme enceinte. Bananes, carottes, oranges, légumes... sont représentés dans l'image. Ayant séjourné dans les deux localités, nous avons pu nous rendre compte que ces aliments ne sont pas disponibles notamment le *laafi riibo* dans ces deux régions. C'est ainsi qu'une femme enceinte a pu dire que « *même si on a de l'argent, on va chercher les oranges en vain* »<sup>41</sup>. Ce n'est que les jours de marché que l'on peut faire des achats. Le marché se tient tous les trois jours dans les deux localités. Ces aliments sont très peu commercialisés lors des marchés.

<sup>41</sup> EIA, femme enceinte, Komsilga.

Quant aux pâag riibo et au zim riibo, en acquérir n'est pas facile car la disette frappe les deux localités. C'est ainsi qu'un ASC dit que « *Kom y a a bâaga* » (la faim est une maladie). Mais certains pensent cependant que c'est la méconnaissance des produits comestibles. Au cours d'un entretien de groupe, un jeune homme disait ceci : « *La nature est très riche... Elle peut nous permettre de résoudre les problèmes de carences alimentaires que connaissent les femmes enceintes. Mais, ajoute-t-il c'est l'ignorance ; nous ne connaissons pas les vertus de telles ou telles plantes. Nous ne savons pas que nous pouvons consommer telle ou telle chose* »<sup>42</sup>.

Les limites alimentaires que la société s'impose s'étend à la femme enceinte, car elle doit éviter ce qui est d'emblée interdit de consommer. Ce sont par exemple la méconnaissance de la comestibilité de certains aliments.

### 3. 2. 2. 1. 2. *Le comportement sexuel*

Deux tendances se dégagent à ce niveau. Ces tendances se retrouvent dans les deux zones. OUEDRAOGO Christine avait déjà évoqué ces tendances dans l'enquête qualitative de base sur les opinions en matières de santé de la reproduction. Pour certains, la femme peut continuer à entretenir des rapports sexuels et pour d'autres, les rapports sexuels sont interdits pendant la grossesse. Les différents avis exprimés ne manquent pas d'arguments : d'une part, ceux qui l'approuvent estiment que « *ce qui a amené l'enfant ne peut le gêner* »<sup>43</sup>. Ces personnes trouvent des avantages pour la femme et pour l'enfant lorsque les relations sexuelles sont maintenues.

D'autre part, ceux qui désapprouvent toute relation sexuelle pendant la grossesse estiment que l'acte sexuel en cette période est impur, sale, honteux. Dès lors, il naît un sentiment de culpabilité chez celui qui le commet et ses actes sont jugés tels.

Juste après l'accouchement, il ressort également deux tendance comme pendant la période de la grossesse.

---

<sup>42</sup> GDD, hommes mariés 20-29 ans, Rakaye.

<sup>43</sup> GDD, femmes de 40 ans et plus, Rakaye.

Il y a ceux qui soutiennent que la femme peut avoir des rapports sexuels juste après l'accouchement et ceux qui estiment qu'ils sont à éviter pour deux raisons essentielles. Pour les vieilles personnes, une femme qui vient d'accoucher présente des plaies au niveau de l'appareil génital et il n'est pas indiqué d'avoir des relations sexuelles avec elle. Ensuite, il ressort que les rapports sexuels « *risquent de gâter le lait et de donner des maladies à l'enfant* »<sup>44</sup>.

L'autre idée développée par les plus jeunes est que les rapports sexuels ne constituent pas en tant que tel un problème mais la femme court le risque de tomber enceinte et cela est très dangereux pour la mère et pour l'enfant. Pour cela, ils préconisent le port de la capote ou la prise de pilule pour éviter une éventuelle grossesse.

### **3. 3. LA SOLIDARITE FACE A UNE COMPLICATION DE GROSSESSE**

La communauté africaine est reconnue pour sa solidarité. Cette dernière est beaucoup plus manifestée dans les zones rurales où l'individu ne se définit que par rapport à la société. La solidarité est beaucoup présente pendant la grossesse d'une femme, surtout lorsqu'elle présente des complications, cette solidarité implique toute personne, homme ou femme se sentant capable d'apporter une aide quelconque à la femme. Nous avons remarqué que c'est l'évacuation d'une femme enceinte vers une formation sanitaire plus spécialisée qui fait naître des initiatives communautaires. Il ressort de la majorité des entretiens que lorsqu'une femme doit être référée à une formation sanitaire pour des difficultés d'accouchement, la communauté se concerta et trouve un moyen de déplacement : charrette, vélo, vélomoteur, pour l'y conduire. En outre, elle délègue des femmes qui iront l'assister et lui apporter un soutien moral. La communauté selon certains groupes, peut cotiser de l'argent pour aider l'homme dans l'achat des médicaments. Cette forme de participation communautaire est ancrée dans les systèmes de représentation des individus mais elle n'est pas vécue la forme spécialisée moderne, avec des normes et des principes. Ce sont des initiatives qui naissent spontanément face à une situation malheureuse.

---

<sup>44</sup> GDD, femmes de 40 ans et plus, Rakaye.

## CHAPITRE VI : GESTION DES RISQUES AU NIVEAU DES S.B.C

Les prestataires communautaires de santé se distinguent du personnel de santé (infirmiers, accoucheuse auxiliaire) par le fait qu'ils ont été choisis par la communauté pour s'occuper des questions de santé. Leur contribution à l'amélioration de la santé est énorme. A travers ce chapitre, il s'agit pour tous de voir comment ils s'impliquent dans la prise en charge des risques maternels et comment, en tant que membres d'une communauté, appartenant à une culture, ils se démarquent des représentations profanes pour construire un discours plus spécialisé. Nous aborderons également les limites de ces prestataires.

### 4. 1. DESCRIPTION DES PRESTATAIRES COMMUNAUTAIRES

La spécialisation des prestataires communautaires confère à chacun un statut et un rôle spécifique dans la société et en même temps détermine son niveau d'implication.

#### 4. 1. 1. Accoucheuses villageoises

Dans les deux localités, l'AV est appelée « *pug rogsa* ». Elle est chargée selon la communauté « d'aider les femmes à accoucher ». Nous avons pu classer les AV selon les critères suivants :

- les AV ayant reçu une formation ;
- les AV ayant bénéficié du recyclage comme formation ;
- les AV n'ayant bénéficié d'aucune formation.

La première catégorie est composée des pionnières de la mise en œuvre de la stratégie de la « santé pour tous ». Selon cette catégorie d'AV, la formation a duré deux mois. Elle a eu lieu à Komsilga pour celles de la région et à Kombissiri pour les AV de

Rakaye. Parmi ces AV, une seule affirme avoir été Accoucheuse traditionnelle avant cette formation. Elle serait donc la seule accoucheuse traditionnelle érigée en AV.

Quant aux AV de la seconde et troisième catégories, elles ont été choisies soit pour renforcer l'équipe soit pour remplacer d'autres AV pour diverses raisons : nous avons enregistré des remplacements pour cause de décès, d'abandon de domicile conjugal et pour mauvaise volonté dans le travail. Mais le constat que nous pouvons faire est que ces femmes nouvellement choisies évoluaient déjà à côté d'une AV qui était la coépouse.

Toutes les AV que nous avons interrogées disent avoir été choisies par la communauté et souvent sans leur consentement. Une AV dit ceci : « *C'est la communauté qui m'a choisie. Une fois, mon mari est partie à une réunion. De retour, il m'a dit que l'assemblée m'a choisie pour être l'accoucheuse de ce village. Je lui ai dit que je ne pouvais pas parce que j'étais jeune et il m'a répondu que je n'avais pas le choix. Il m'a dit que j'appartenais à la communauté et ce qu'elle décide, je dois obéir* »<sup>45</sup>. Une autre AV de dit : « *Je ne pensais pas qu'un jour je serais AV. Avant, on avait une AV qui est décédée. Un jour, on m'a dit d'aller répondre à Douougou. Je ne savais même pas de quoi il s'agissait. Mais, si j'avais su que c'était pour être AV, je ne serais pas partie* »<sup>46</sup>.

La grande majorité des AV que nous avons rencontrées disent s'être opposées à leur désignation. La raison fondamentale étant leur jeune âge. En effet, une accoucheuse à l'époque avait des caractéristiques bien précises : avoir déjà fait des preuves en maternité, être d'un certain âge et ménopausée. Ces caractéristiques, bon nombre des AV ne les avaient pas. C'est qui a expliqué leur refus de départ. La non considération de ces caractéristiques dans le choix des AV a fait que celles-ci ont eu des débuts très difficiles. Soubeiga André 1995 a montré que la population avait des réticences à se référer aux AV qui étaient « relativement jeunes ». Une AV nous raconte comment elle a vécu ses premiers moments de vie de AV « *Les femmes refusaient de se référer à moi pour les accouchements. Elles disaient qu'elles n'iraient pas montrer leur nudité à une gamine. Je ne faisais que les observer. Ma belle mère était en ce moment accoucheuse traditionnelle. C'est elle qui assistait aux accouchements et moi je l'aidais. C'est à l'issue des sensibilisations sur le tétanos et le SIDA que les femmes ont commencé à comprendre et à*

---

<sup>45</sup> EIA, AV, Komsilga.

*se référer à moi* »<sup>47</sup>. Aujourd'hui, dit le groupe d'hommes, « *ce sont les mécaniciennes de l'accouchements* »<sup>48</sup> parlant des AV, personnes incontournables dans la société et toute femme enceinte devra passer par elles pour bénéficier de soins et pour avoir accès à la formation sanitaire. Tous les groupes d'âges des deux sexes de Rakaye et de Komsilga ont affirmé que les femmes enceintes ont recours aux AV soit pour recevoir des conseils ou des soins soit pour être assistée lors de l'accouchement. La référence systématique à l'AV est due au fait « *qu'elle a été formée pour cela* »<sup>49</sup>. Elle se trouve donc au début et à la fin du processus de la maternité car dispensant des conseils pour l'hygiène de la grossesse, assistant les femmes en cas d'anomalie pour les aider à avoir très vite des soins à la formation sanitaire, présente aux accouchements et assurant les premiers soins à la mère et à l'enfant. Cette image de personne incontournable, respectueuse, l'AV la doit à l'action des AT qui l'ont construite au fil des temps. Aujourd'hui, on reconnaît toujours leur valeur pour la prise en charge de certains cas difficiles comme par exemple lorsqu'il y a une mauvaise présentation de l'enfant à l'accouchement.

#### **4. 1. 2. ASV et DBC**

Appelés respectivement « *laafi getta* » et « *laafi get paalé* », ils sont généralement des hommes. Quelques DBC sont des femmes et connaissent aussi un rôle très limité dans la maternité. L'ASV est un agent de santé « démodé ». A Rakaye, on nous faisait savoir que « *le dernier est décédé il y a deux (2) ans* »<sup>50</sup>. Pourtant nous avons eu à rencontrer des ASC. A Komsilga, la plupart des ASC sont devenus DBC. Ceux qui ne le sont pas se sentent abandonnés et de ce fait ne sont plus tellement motivés dans leurs activités. La plupart des ASV affirment ne rien savoir sur les risques de grossesse. Parce que ce n'est pas leur domaine. Lorsqu'une femme enceinte les consulte, elle est immédiatement référée à l'accoucheuse.

##### **4. 1. 2. 1. DBC à Komsilga**

---

<sup>46</sup> EIA, AV, Rakaye.

<sup>47</sup> EIA, AV, Rakaye.

<sup>48</sup> GDD, hommes mariés, 30-39 ans, Rakaye.

<sup>49</sup> GDD, hommes mariés, 30-39 ans, Rakaye.

<sup>50</sup> GDD, hommes mariés de 20 à 29 ans, Rakaye.

Leur mise en place est assez récente et ils jouissent d'une grande popularité. Ils sont sollicités dans les cas de maladies bénignes qu'ils diagnostiquent et donnent des comprimés qui sont à leur disposition appelés « *laafi get paale* » (nouveaux agents de santé) mais également « *Ti koosobâ* » (vendeurs de médicaments) comme c'était aussi le cas avec les ASC de la Sissili étudiés par Soubeiga A.K (1992), ils mettent à la disposition de la population des produits contraceptifs non prescriptibles, du Sel de Réhydratation Orale, de la quinine ; des produits de première nécessité. Leur rôle à Komsilga ne fait pas de doute. Eux mêmes le disent : « *Nous avons été formés en PF pour aider les femmes à espacer les naissances* ». La référence aux DBC est aussi courante comme à l'AV car ils sont des intermédiaires entre le personnel de santé et la communauté. Ils facilitent leurs relations. Leur rôle dans la gestion des risques se joue au niveau de la prévention à travers les conseils et leur rôle de facilitateurs à l'accès aux soins.

#### **4. 1. 2. 2. DBC à Rakaye**

Contrairement à Komsilgaa, les DBC ne sont pas bien connus à Rakaye. Avant de nous rendre sur les lieux, nous ignorions même l'existence des DBC dans cette localité. Ils ont été formés par l'ONG FDC. Ils portent la dénomination de « *laafi get paale* » et plus couramment de *ti-koosodba* « *vendeurs de médicaments* » comme à Komsilga.

En réalité, ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas connus de la population mais il existe plutôt une certaine méfiance à leur égard au vu de leur métier. Rakaye est une zone où la religion musulmane domine. L'Islam est une religion nataliste qui n'adhère pas à certaines méthodes contraceptives. Les DBC mêmes se sentent mal dans leur métier. Le Personnel de Santé (PS) fait remarquer que parmi cinquante (50) DBC formés, seulement deux (2) sont opérationnels. Quant au reste, dit-il, « *ils disent que leur premier souci est de se débarrasser de ce sac qui leur est offert* »<sup>51</sup>. Le sac en question est le minimum de bagage que l'ONG FDC a mis à la disposition des DBC pour débiter leurs activités. Pour l'essentiel, il s'agit de contraceptifs non prescriptibles.

---

<sup>51</sup> Propos du PS, AAA.

Comment peuvent-ils éduquer une population si eux mêmes ne sont pas convaincus, ne perçoivent pas l'importance de ce qu'ils doivent faire. Cela se fait sentir car lorsqu'on voit une femme avec un DBC, la communauté déduit qu'elle ne veut pas avoir d'enfant ou qu'elle a envie de tromper son mari. Les DBC se sentent en insécurité lorsqu'ils s'entretiennent avec une femme. Le DBC peut être taxé de « *gâteur de femme* ». Nous avons nous même été victime de tels jugements de la part d'un membre du comité de gestion du CSPS qui nous dit ceci : « *Vous êtes des filles gâtées et nous n'allons pas vous laisser gâter nos filles* »<sup>52</sup>.

Les DBC affirment donner des conseils lors des causeries éducatives qui sont en trêve car disent-ils « *la communauté nous a laissés tomber* ».

## 4. 2. GESTION DES RISQUES

Les SBC forment un système de prestation de services. La gestion des risques se situe aux niveaux du counseling et de la prise en charge de l'accouchement.

### 4. 2. 1. Le counseling

Tous les prestataires communautaires interrogés affirment faire du counseling. Pour eux, la plupart des complications sont évitables si les femmes et les hommes sont informés et éduqués. A la question, « **que faites-vous pour prévenir les complications ?** », tous les prestataires affirment donner des conseils. Ces conseils sont donnés lors des causeries éducatives et des visites à domicile.

La plupart des thèmes abordés sont liés à la planification familiale, les MST/SIDA, la nutrition des enfants. C'est le domaine réservé aux nouveaux prestataires communautaires. Ce sont également des thèmes d'actualité. Quant au thème de la grossesse, il est explicitement abordé par l'accoucheuse villageoise.

Les thèmes de PF abordent le problème de l'espacement des naissances et les grossesses non désirées avec leurs multiples conséquences morales ou sociales. Quand

---

<sup>52</sup> C'était le jour où nous devrions avoir un GDD avec les filles de 14-19 ans.

il s'agit de la grossesse en tant que phénomène, la tâche revient à l'AV de s'en occuper et d'animer les séances de causeries avec les femmes concernées. Ces séances ont pour but d'attirer l'attention des femmes sur leur état et leur enseigner un comportement à adopter pour le bon déroulement de la grossesse.

Il est nécessaire d'espacer les naissances car cela permettrait à la femme de reprendre ses forces et de se préparer pour une prochaine grossesse. Pour cela, les prestataires affirment disposer de contraceptifs pour les femmes. Il s'agit le plus souvent de la capote qui non seulement protège contre les MST (comme **sompissi** (gonococcie), le *noraog giefo* (crête de coq) et du SIDA, mais permet aussi d'éviter les grossesses. Ils disposent aussi des pilules (*tibissi*) qui peuvent être prescrites même à une femme nouvellement accouchée. Les AV invitent les femmes à faire de la PF, vu les avantages qu'elle offre.

Elles donnent aussi des conseils liés à l'hygiène de la grossesse et les prestataires disent exhorter les femmes à suivre leurs conseils. Ces conseils se donnent dans des endroits stratégiques où on peut mobiliser un grand nombre de personnes. C'est ainsi qu'une AV dit « *avant j'organisais des séances de causeries une fois toutes les deux semaines au marché* »<sup>53</sup>. Une autre dit que : « *chaque fois que nous nous retrouvons, pour cultiver, pour une réunion, je saisis de l'opportunité pour donner des conseils aux femmes* »<sup>54</sup>. Ces deux propos laissent présager une discontinuité des activités.

#### **4. 2. 1. 1. Les problèmes de mobilisation**

Les activités de conseils telles que décrites s'insèrent dans d'autres types d'activité : le marché, les réunions ou les activités des associations. La question que nous nous sommes posées est de savoir si les activités de counseling ne pourraient constituer des activités isolées. Peut-on confondre les activités du marché ou de l'association à celle de la sensibilisation ? Certes, ce sont des lieux de rassemblement où on a l'avantage de réunir un grand nombre de gens. On peut alors profiter pour donner quelques informations. Mais, il est évident que la grande majorité de la population ne sera pas touchée car certains ne se

---

<sup>53</sup> EIA, AV, Komsilga.

<sup>54</sup> EIA, AV, Rakaye : cette dernière est membre d'un Ton.

rendent pas au marché et bon nombre ne sont pas membres de l'association. Parlant de l'association, elle est une organisation de femmes ; donc c'est dire que les hommes sont exclus de ces séances qui sont pourtant aussi importantes pour eux.

Les prestataires disent qu'ils ne peuvent plus organiser de séances de sensibilisation en dehors de ces types d'activités car ils n'arrivent pas à mobiliser le public cible. En effet, ces activités avaient connu un engouement avant mais maintenant, « *les gens sont fatigués* »<sup>55</sup>. Tout comme l'avait souligné Soubeiga A.K, au fil du temps, les effectifs s'amenuisent et les séances sont de plus en plus perçues comme une activité de routine où il n'y a rien à gagner. Mais en réalité, bon nombre de femmes ont été désabusées parce qu'elles s'attendaient à bénéficier au départ d'une distribution gratuite de vivres à l'occasion des pesées. Au demeurant, les ASV eux-mêmes déplorent l'abandon de ces mesures incitatives qui furent naguère de puissants facteurs de mobilisation et de sensibilisation des femmes. La distribution de vivres est un puissant facteurs de mobilisation et selon le personnel de santé de Rakaye, hormis les séances de vaccination, aucune autre activité ne peut mobiliser du monde comme la distribution de vivre. Lors d'un entretien avec l'accoucheuse de Komsilga, elle a soulevé ce problème en disant que la formation sanitaire avait reçu des dons de vivres qui étaient distribués aux femmes enceintes et aux enfants malnutris. La distribution s'était étalée sur plus d'un an. Elle affirme que pendant cette période le taux de fréquentation de la formation sanitaire avait plus que doublé. Aujourd'hui, ajoute-t-elle, la fréquentation a baissé parce qu'il n'existe plus de motivation. Et, pour le PS de Rakaye, « *quand le paysan entend qu'on est en train de tuer un mouton, que le riz et les canaris de dolo (bière de petit mil) sont prévus pour la manifestation, il devient disponibles* »<sup>56</sup>. Tous les prestataires rencontrent des problèmes de mobilisation.

---

<sup>55</sup> C'est ce que la majorité des AV ont avancé comme motif pour justifier l'arrêt des activités de causerie.

<sup>56</sup> EIA, PS.

#### 4. 2. 1. 2. *Des activités de causeries inexistantes*

Suivant toujours les discours des prestataires, on a l'impression que les causeries ne sont plus menées. Lorsque l'AV dit que « *avant j'organisais des causeries...* », on est en droit de lui demander ce qu'elles font aujourd'hui ? Ou encore ce que font les SBC.

A ce niveau, des ASV diront qu'ils ne font plus rien. Avant ils étaient fonctionnels et menaient beaucoup d'activités. Aujourd'hui, dit un ASV, « *l'Etat nous a oubliés* »<sup>57</sup>. Ces agents, comme nous l'avons déjà dit, sont démodés. La mise en place des DBC ces dernières années fait que l'ASV qui n'a pas été choisi par la communauté pour être DBC se sent délaissé. Et c'est comme si on lui ôtait son pouvoir. Il ne dispose plus de rien.

Quant aux autres prestataires, AV et DBC, certains insinuaient, lors de notre séjour, que les activités de causeries sont en trêve à cause de la saison pluvieuse. Les habitants étant préoccupés par leurs travaux champêtres. Pourtant, nous avons séjourné pendant plusieurs jours à Rakaye et à Komsilga pendant la saison sèche mais nous n'avons pas vu un SBC en activité. Interrogé à ce sujet, une AV nous dit que « *les gens sont suffisamment sensibilisés au informés* »<sup>58</sup>. Ne dit-on pas pourtant qu'on ne finit jamais d'apprendre ou que la répétition est l'âme de la pédagogie ? Quand les AV prétendent que les gens sont suffisamment informés, jusqu'à quel niveau sont-ils informés et quel usage font-ils des informations ?

Quand on sait que, par exemple, l'excision est citée comme pouvant engendrer des complications d'accouchement et que du même coup cette population se mobilise autour d'une exciseuse et lui permet de mener des campagnes d'excision, on se demande comment la population a compris. Si la population est suffisamment sensibilisée, pourquoi continue-t-elle de s'adonner à une telle pratique ?

---

<sup>57</sup> Propos de la plupart des ASV

<sup>58</sup> EIA, AV, Komsilga.

Pour les DBC de Rakaye, c'est « *parce que la communauté nous a laissé tomber* »<sup>59</sup>. Pour mieux, quand ils organisent une séance de causerie, les gens ne viennent pas. C'est ce qui fait qu'ils n'en organisent plus. Pour une AV, « *quand les femmes se réunissent et que l'on veut parler de sexe, elles se retirent une à une et ne reviennent plus* ». Cette attitude a découragé les prestataires qui ne trouvent aucune motivation à poursuivre leurs activités.

#### 4. 2. 2. La prise en charge de l'accouchement

Pour la prise en charge de l'accouchement par les AV, plusieurs cas de figure peuvent se présenter. Des accouchements proposent leurs témoignages sur la prise en charge de l'accouchement.

##### *Exemple d'un accouchement d'une primipare*

*« Avant hier, alors que je me préparais à aller au jardin, j'ai aperçu un homme à vélo qui s'amenait vers moi. Je l'ai attendu. Arrivé, il m'a saluée et il m'a dit que sa femme avait des maux de ventre et il venait demander mon aide. J'ai immédiatement pris mon sac contenant mon matériel et je me suis rendue au domicile du monsieur. Quand je suis arrivée, j'ai lavé mes mains, ensuite j'ai étalé mon tapis, j'ai demandé à la femme de se coucher et de fléchir les jambes. J'ai porté mon petit gant (doigtier) et j'ai fait un toucher vaginal. J'ai constaté que c'était l'accouchement. La femme était une primipare et je n'avais pas le droit de l'assister donc j'ai demandé à mon mari de la conduire à la maternité. Son mari l'a amenée à vélomoteur et moi j'ai suivi avec mon vélo. Elle a accouché à la maternité et j'ai attendu pour nettoyer la salle. L'accouchement s'est bien passé et j'ai rebroussé chemin vers douze (12) heures pour aller continuer mes activités »*<sup>60</sup>.

##### *L'exemple d'un accouchement à domicile assisté par l'AV*

---

<sup>59</sup> AAA.

<sup>60</sup> EIA, AV, Komsilga.

« *Quand une femme est en travail dans ce village, son mari vient m'appeler. Si c'est la nuit, je demande à ma coépouse de m'accompagner. Nous partons ensemble munies d'une torche et d'un tapis. C'est tout ce dont je dispose. Arrivée, j'étale le tapis, je demande à la femme de se coucher et je vérifie le degré d'ouverture du col. L'ouverture peut être d'un doigt ou deux ou de trois doigts. C'est quand je ne sens plus le col au toucher que je demande à la femme de pousser et je l'aide. Si l'enfant sort, je fais sa toilette, je le confie aux femmes de la cour et je reviens m'occuper de la nouvelle mère pour faire sortir le placenta. Si le placenta sort et que la femme n'a pas de vertige, je l'aide à faire une petite toilette. Mais si elle a des vertiges, je lui dis de se coucher sur le dos sans oreiller* »<sup>61</sup>.

#### *L'exemple d'une AV qui assiste la formation sanitaire*

« *Quand on vient me chercher pour un accouchement, je dis toujours de me devancer à la maternité. Je m'y rends ensuite et avec le personnel de santé nous aidons la femme à accoucher* »<sup>62</sup>.

Les accouchements ont lieu soit au domicile de la parturiente soit à la formation sanitaire. Les AV déplorent le manque d'infrastructure d'accueil au niveau local qui aurait servi à la prise en charge de l'accouchement. Une telle infrastructure avait déjà existé mais est présentement en ruine. Sur les lieux, ce sont des dunes de sables ou des murs isolés qui y restent. Pour une AV, « *depuis que la case est tombée sous les pluies, personne ne songe à la rétablir* »<sup>63</sup>.

C'est l'inexistence de cette structure qui a amené les AV à se rendre au domicile des parturientes pour assister les accouchements. Les accouchements à domicile posent un certain nombre de problèmes. Pour les AV, « *Les cases proposées pour les accouchements sont très sales. Il y a des odeurs de nourriture avariée* »<sup>64</sup>. De plus, les femmes ne préparent pas le nécessaire pour l'accouchement. Il s'agit des gants, du coton, du savon, de l'eau de javel, des lames... Dans ces conditions, les AV disent ne pas pouvoir

---

<sup>61</sup> EIA, AV, Rakaye.

<sup>62</sup> EIA, AV, Komsilga.

<sup>63</sup> EIA, AV, Komsilga.

<sup>64</sup> EIA, AV, Komsilga.

appliquer les règles d'hygiène apprises. Face à ce problème, le PS de Komsilga a invité toutes les AV à référer toute femme en travail à la formation sanitaire.

#### **4. 2. 2. 1. Vers une prise en charge à la maternité par les AV de Komsilga**

Cette initiative du Personnel de Santé (PS) de Komsilga fait suite aux multiples plaintes des AV. En étroite collaboration, les deux types de prestataires ont consenti à accueillir les femmes à la maternité pour des besoins d'accouchement. Les AV du village de Komsilga le faisaient déjà, vu qu'elles sont à proximité du CSPS. Selon le PS, depuis que cette décision a été prise, il n'y a que deux AV qui conduisent les femmes. Quant aux autres, elles prétendent que lorsqu'elles sont sollicitées, l'état de la femme ne leur permet pas de l'amener à la maternité. Cette attitude est, selon le PS, un refus d'assister les femmes à la maternité. Bien qu'elles se plaignent, elles préfèrent rester dans leurs conditions. Pourquoi ce refus ? La majorité des AV que nous avons interrogés ne nous ont pas parlée de cette proposition.

#### **4. 2. 2. 2. Vers l'inexistence d'AV à Rakaye**

La majorité des AV de Rakaye sont inexistantes. Pour les accouchements, les femmes se réfèrent très peu à elles. Une AV nous dit ceci : « *Depuis que je suis AV, il y a de cela quatorze ans, je n'ai assisté qu'à quatre (4) accouchements. Ici, les femmes ne me sollicitent pas pour les accouchements. Quand je vois une femme enceinte dans le village aujourd'hui, demain, c'est avec son bébé au dos. Chaque fois c'est la même chanson ; elles disent : J'ai accouché et je voulais venir vous montrer l'enfant mais je n'ai pas eu le temps. Je leur dit que c'est bien et que Dieu protège l'enfant* »<sup>65</sup>. Cette AV vit dans un village où il existe une Accoucheuse Traditionnelle (AT). Sa concession est isolée des autres alors que l'AT est au milieu des concessions. Lorsqu'une femme est en travail, il est plus facile de faire appel à l'accoucheuse traditionnelle qui est géographiquement proche. Une autre AV qui ne reçoit plus de cliente affirme que « *depuis que la formation sanitaire a été implantée, les femmes y vont directement* »<sup>66</sup> pourtant, le PS dit ne pas enregistrer un nombre satisfaisant de femmes venant de son village. Cette AV a pendant

---

<sup>65</sup> EIA, AV, Rakaye.

longtemps été malade. Elle souffrait des maux de genoux, si bien que lorsqu'on lui demandait d'assister les accouchements, elle était incapable de se déplacer. Les femmes de son village ont perdu l'habitude de recourir à elle pour les accouchements.

#### **4. 3. LES FACTEURS LIMITANT LA PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DES AGENTS COMMUNAUTAIRES**

##### **4. 3. 1. Absence de cadre de concertation entre les différents agents de santé communautaire**

Les agents SBC sont considérés comme une équipe. Chaque membre de l'équipe a une dénomination spécifique ; ce qui sous entend un rôle particulier. Par exemple, l'accouchement villageoise a pour rôle de faciliter les accouchements, le DBC a pour rôle de distribuer des produits de premières nécessité à la communauté. C'est pour cela que dans chaque village ou localité, on a au moins une AV, un DBC et un ASV. Mais, il n'y a pas de barrière entre les tâches des uns et des autres. Autrement dit, les tâches ne s'excluent pas. On rencontre fréquemment des agents qui cumulent deux rôles. ASC/DBC ou AV/DBC.

Tous les agents rencontrent et vivent les mêmes problèmes. Mais ils ne sentent pas le besoin de se retrouver pour discuter de ces problèmes. Il n'existe pas un cadre de concertation qui réunisse les agents communautaires si bien que, dit une AV, « *on ne se rencontre que lors des séminaires* »<sup>67</sup>. Même l'échange entre des prestataires d'un même village est pratiquement inexistante. Chacun fait de son mieux sans consulter l'autre. Bien qu'ils vivent les mêmes problèmes, rencontrent les mêmes obstacles, ils n'ont pas conscience qu'ils peuvent être acteurs dans la résolution de leurs propres problèmes. Ils attendent passivement des solutions idoines externes notamment de celles de l'Etat. On peut se demander comment ils ont compris l'engagement communautaire.

##### **4. 3. 2. Difficile collaboration entre personnels de santé et agents SBC**

---

<sup>66</sup> EIA, AV, Rakaye.

<sup>67</sup> EIA, AV, Komsilga.

Les agents SBC ont pour référence le personnel de santé de la localité. A ce dernier, ils doivent régulièrement faire le bilan de leurs activités. Dans l'exercice des actes médicaux, un certain nombre leur est interdit : par exemple, assister à l'accouchement d'une primipare, d'une femme à grande multiparité, et d'une handicapé. Pour ces cas, et bien d'autres<sup>68</sup>, l'agent doit référer le patient à la formation sanitaire. Certaines de ces indications ne sont pas respectées selon le PS de Komsilga, « *il y a des AV qui ne conduisent jamais leurs parturientes à la maternité. Elles assistent aussi bien les femmes primipares, les handicapées que les multipares* »<sup>69</sup>. Souvent, ajoute le PS, « *c'est lorsqu'il y a complication qu'elle viennent vers nous* »<sup>70</sup>. En plus du fait que les règles de travail ne sont pas respectées, les agents ne font pas régulièrement les bilans de leurs activités. « *Ils ne passent même pas par ici* »<sup>71</sup> et ce qui est déplorable c'est que lorsque le PS sort en tournée de supervision, certains agents se cachent et d'autres ne laissent pas vérifier le matériel qui leur a été confié. C'est l'exemple d'une DBC/AV qui prétend à chaque supervision que son mari serait sorti avec la clé de la maison où se trouve son matériel. Que dire de cette AV qui serait, dit-on, exciseuse ? Dans sa mission, elle doit mener des campagnes de sensibilisation contre l'excision alors qu'elle organiserait des campagnes d'excision dans la zone. Cette dernière prétend en même temps qu'elle exhorte les femmes à ne pas exciser les filles vu les conséquences que cela peut engendrer plus tard. « *Qui peut-elle tromper* », s'interroge le PS. « *Elle vit de cela. Elle est très riche à cause de ses multiples tournées. Dans la région, elle est la seule exciseuse* »<sup>72</sup>.

Certains agents, au lieu d'être des facilitateurs, constituent des freins au recours à la formation sanitaire : on peut citer l'exemple d'un village dans l'aire de santé de Komsilga où les femmes ne vont jamais à la formation sanitaire. Pour le PS, la communauté a mal choisi ses agents. Dans ces conditions, faut-il mettre fin aux fonctions de certains prestataires ou les laisser continuer ? C'est à la communauté d'en juger puisque c'est elle qui fait le choix. Certains prestataires ont déjà été remplacés pour mauvaise comportement : c'est l'exemple d'une AV qui, chaque fois qu'on l'appelle pour un accouchement envoie le tapis et prend tout son temps avant de s'y rendre ou n'y vas même pas. Ce comportement jugé mauvais est vite sanctionné. Alors que les autres

<sup>68</sup> Les ASC ne doivent pas faire des injections.

<sup>69</sup> EIA, PS.

<sup>70</sup> EIA, PS.

<sup>71</sup> EIA, PS.

<sup>72</sup> EIA, PS.

comportements sus cités ne sont pas perçus par la communauté qui a la gestion de tous les agents.

Dans ces conditions, la collaboration PS et SBC devient difficile et la confiance ne règne plus.

#### 4. 3. 3. Difficile conciliation entre métier de AV et activités quotidiennes

Toutes les AV interrogées ont évoqué ce problème. Pour elles, l'accouchement est un phénomène imprévisible. Lorsqu'elles sont sollicitées, elles sont obligées d'abandonner leurs activités pour se rendre sur les lieux. Dans plusieurs des cas, elles étaient en train de faire la cuisine, de cultiver, elles avaient prévu des visites. Lorsqu'une femme en travail se présente, toutes ces activités sont reléguées au second plan. Souvent, nous confie une AV, « *Je peux passer deux à trois jours chez une femme en travail. Tant qu'elle n'accouche pas, je ne peux pas me libérer* »<sup>73</sup>.

Avant de nous prononcer sur ces propos voyons le calendrier journalier d'une AV. Disons d'abord qu'elle est une femme ordinaire comme toutes les femmes de la communauté. « *Je me réveille le matin pour la prière, (el faguir), après la prière, je nettoie ma maison, si c'est la saison pluvieuse, je vais au champ. Si c'est la saison sèche, je fais du jardinage. Je pars travailler avant de revenir m'occuper de mes enfants ; je leur prépare à manger et je retourne travailler. C'est comme ça que je passe mes journées depuis que mon marie est décédé* »<sup>74</sup>.

L'exemple de cette AV, montre que la journée d'une AV est bien chargée et pour le cas précis, elle semble être la seule à s'occuper de sa famille puisque son mari est décédé. Cette AV comme toute autre AV assistera aux accouchements contre quelle récompense ou reconnaissance ? Pour un accouchement assistera, une accoucheuse de Komsilga reçoit la somme de mille (1 000) francs si l'accouchement a lieu à domicile et trois cent (300) francs si c'est à la maternité. A Rakaye, les prix varient selon les villages entre deux cent (200) et trois cent (300) francs. Cette somme, qui selon la communauté ne représente pas la valeur du travail accompli, devrait servir à l'AV pour s'approvisionner en

---

<sup>73</sup> EIAA, AV, Komsilga.

<sup>74</sup> EIA, AV, Komsilga.

produits nécessaires à la prise en charge de l'accouchement. Il s'agit des gants, des doigtiers, de l'alcool, du savon. En signe de reconnaissance, la communauté avait promis de se mobiliser une fois par an pour aider l'AV à cultiver son champ et souvent faire des quêtes de mil pour toujours lui venir en aide.

Mais, selon les AV, la communauté n'honore pas à ses engagements car « *rare sont les femmes qui honorent les frais d'accouchement* »<sup>75</sup> et aussi, dit une AV, « *c'est une seule fois que les femmes se sont réunies pour cultiver mon champ. Après cela, je n'ai plus rien vu* »<sup>76</sup>. Une autre AV affirme que, « *une année je n'ai pas pu faire mes récoltes. Mon arachide et mon mil sont restés au champ parce que j'étais en formation à Douougou et personne n'a songé à m'aider pour les récoltes* »<sup>77</sup>.

Malgré l'engagement de ces prestataires dans les activités communautaires, la population n'a pas été reconnaissante. Elle ne manifeste pas le besoin d'aider ces femmes qui se sacrifient autant pour sauver des vies. Pourtant, quand le besoin se fait sentir, elle n'hésite pas à leur faire appel.

#### **4. 3. 4. Les risques du métier**

Les AV travaillent dans un dénuement presque total. Depuis la première dotation en matériel, la majorité des AV disent n'avoir plus rien reçu comme matériel. Une seule dit avoir reçu comme cadeau, un tapis pour les accouchements. Comme matériel dont disposent les AV, nous avons pu recenser ceci :

- AV.1 Un tapis d'accouchement seulement. C'est le cas de bon nombre d'AV.
- AV.2 Une caisse qui a été dépoussiérée avant de nous être présentée et contenant : un tapis d'accouchement en bon état, une vieille paire de ciseaux, des plaquette de fer qui selon l'AV ne doivent plus être utilisées, du coton ressemblant à celui utilisé par les femmes pour faire le fil, un

---

<sup>75</sup> EIA, AV, Komsilga.

<sup>76</sup> EIA, AV, Komsilga.

produit qui n'a pas pu être identifié même par le PS, de vieilles boîtes d'alcool vides.

- AV.3 Un seau assez propre contenant un tapis, de l'alcool, des gants, du savon bien rangé.

Comme nous avons pu le constater, la majorité des AV travaillent avec du matériel vétuste. Ce matériel n'a pu être renouvelé parce que « *la communauté ne paie pas les frais d'accouchement* »<sup>78</sup>. Dans ces conditions, les AV ne peuvent pas prendre correctement en charge les accouchements. Par exemple, il y a une AV qui dit utiliser la paire de ciseaux qu'elle aurait acquise il y a quatorze ans. Elle affirme qu'après chaque accouchement elle fait brûler les ciseaux, ce qui serait à son avis un système de stérilisation. Pourtant, le PS nous confirme qu'elle aurait bien pu utiliser les lames qui ne coûtent pas chers (dix francs). Que faire si les femmes n'en achètent pas ? Aussi, les AV manquent de matériels de protection : les accouchements se font à mains nues, sans gant ni masque. Cela, non seulement ne met pas l'AV à l'aise pour son travail mais aussi met sa vie en danger. C'est ainsi qu'une AV a dit que « *l'odeur du sang me dérange beaucoup pendant l'accouchement* »<sup>79</sup>. Si ce n'est que les odeurs, on peut dire que tout peut se passer sans trop de problèmes. Mais il y a lieu d'autres risques qui à notre avis semblent être négligés. Ces risques sont encourus par l'AV, la mère et l'enfant. Trois vies qui sont exposées surtout à des risques de SIDA.

#### **4. 4. LA REFERENCE A LA FORMATION SANITAIRE**

La formation sanitaire se compose dans les deux zones d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt pharmaceutique. Nous avons constaté que dans la communauté, les rites et coutumes pendant la grossesse sont de plus en plus négligés. La population manifeste un désir de se référer à la formation sanitaire. Mais ce désir n'est pas toujours satisfait. Nous verrons dans ces paragraphes suivants les facteurs favorisant et limitant le discours à la formation sanitaire.

---

<sup>77</sup> EIA, AV, Rakaye.

<sup>78</sup> Toutes les AV ont évoqué ce problème.

#### 4. 4. 1. Les facteurs favorables au recours à la formation sanitaire

##### 4. 4. 1. 1. De l'origine des maladies

Pour un groupe d'hommes, « *Nous ne vivons plus les même maladies. Nos maladies ont changé, ce sont des maladies de blanc* » parce que nous mangeons la nourriture de blanc.. « *Avant, dit un devin, on mangeait du tô, des beignets, et pendant les fêtes, ce sont des boulettes de sorgho. Aujourd'hui, vous avez ce qu'on appelle des macaronis, du riz blanc. Vous savez d'où cela provient ? ... Si aujourd'hui, on prépare du tô, les enfants iront manger dehors. Les femmes enceintes aussi ne contrôlent pas leur alimentation. Elles sont chaque fois au marché en train de manger du pain. Cela fait grossir le fœtus et nous n'avons pas le remède* »<sup>80</sup> et une AV dit que « *avant, on utilisait le soubala pour la préparation des sauces. Aujourd'hui, on y ajoute des cubes maggi* »<sup>81</sup>.

Pour la majorité des gens interrogées, c'est parce que le mode alimentaire a changé que les maladies aussi ont changé. Pour preuve, dit un devin « *avant, ce que nous connaissions comme maladie, c'étaient le weogo (malaria), et le pug sabre (maux de ventre). Il suffisait de quelques racines pour en guérir* »<sup>82</sup>.

Aujourd'hui, la maladie qui est d'actualité est le SIDA et selon les enquêtés, cette maladie serait venue de l'occident et du fait que la population consomme les aliments de l'occident, elle est susceptible de vivre cette maladie, ce qui fait que les maladies propres à l'occident ont pu s'intégrer dans la communauté et comme « *nous vivons des maladies de blancs, elles ne peuvent être traitées que chez le blanc, donc au dispensaire* »<sup>83</sup>.

---

<sup>79</sup> EIA, AV, Komsilga.

<sup>80</sup> EIA, devin-guérisseur, Rakaye.

<sup>81</sup> EIA, AV, Rakaye.

<sup>82</sup> EIA, devin-guérisseur, Rakaye.

<sup>83</sup> GDD, hommes mariés 30-39 ans, Rakaye.

#### ***4.4.1.2. De la disponibilité des soins à la formation sanitaire***

La formation sanitaire est la structure la plus souvent indiquée comme structure où on peut se référer pour avoir des soins. Aujourd'hui, dit un chef coutumier, « *toutes les femmes enceintes y vont* »<sup>84</sup>. Il existe un personnel permanent qui s'occupe des patients. Après examen du malade, ils prescrivent des produits à acheter. Une autre raison qui justifie la fréquentation des formations sanitaires est ce sentiment de sécurité qu'offre la structure. En y allant, on évite des maladie comme le tétanos que l'on peut contracter si on utilise des objets souillés pour couper le cordon ombilical. On évite également le SIDA qui peut se transmettre dans le maniement des objets comme les lames, les ciseaux.

Cette image du dispensaire a été travaillée par les prestataires communautaires qui ont su lever les barrières qui existaient autrefois entre la communauté et le personnel de santé. Lorsqu'un membre de la communauté consulte un ASC ou un DBC, ce n'est qu'un premier passage dans son itinéraire thérapeutique. Reconnaisant les limites de ces prestataires, ils s'en réfèrent pour avoir accès à la formation sanitaire. C'est ainsi que les prestataires communautaires ont drainé un nombre élevé d'individus vers cette structure. Cependant, si la population reconnaît des avantages des services de la formation sanitaire, son recours reste bloqué par un certain nombre de faits.

---

<sup>84</sup> EIA, chef coutumier, Komsilga.

#### 4. 4. 2. Les facteurs limitant le recours à la formation sanitaire

##### 4. 4. 2. 1. Les coûts

**Tableau 1 : Estimation des coûts des consultations prénatales**

Formation sanitaire	1 <sup>re</sup> consultation prénatale	2 <sup>e</sup> consultation prénatale	3 <sup>e</sup> consultation prénatale
Komsilga	460 francs	250 francs	250 francs
Rakaye	300	100	100

Source :

**Tableau 2 : Montant des frais pour les accouchements**

Désignations	Coûts à Komsilga	Coûts à Rakaye
Déclaration	200 francs	0
Frais d'accouchement	300 francs	0
Soins	500 francs	Suivant le matériel utilisé
Eaux et électricité	150 francs	0
Frais d'hospitalisation	500 francs	100 francs par nuit

A Komsilga, c'est la somme forfaitaire de mille six cent cinquante (1 650) francs qui est demandée comme frais d'accouchement. Les détails sont décrits au niveau du tableau numéro 2. Aussi, avant de s'y rendre, il faut préparer une trousse contenant les produits nécessaires pour la prise en charge de l'accouchement. Le coût de cette trousse s'élève à peu près à sept mille cent quarante (7 140) francs. Certaines femmes se rendent à la formation sanitaire pour l'accouchement sans ce paquet. Mais, d'autres ne pouvant pas s'en procurer préfèrent accoucher à domicile. Elles ne font même pas recours aux AV puisque c'est le même matériel qui est utilisé. Ce sont les vieilles femmes qui assistent aux accouchements.

A Rakaye, les coûts sont moins élevés qu'à Komsilga. Les frais de consultation prénatale se résument à l'achat d'un carnet de santé à deux cents (200) francs et cent (100) francs pour les examens d'urine. Pour l'accouchement, il n'y aurait pas de

prix fixe. Chaque femme paie suivant le prix des produits utilisés et du nombre de jours passés pour l'hospitalisation (cent francs (100) la nuit). Le coût des produits selon le PS peut être évalué a trois mille cent francs.

Pour la majorité des enquêtés, c'est à cause des coûts que les femmes n'accouchent pas à la formation sanitaire. On a pu noter que le taux de consultations prénatales est plus élevé que le taux d'accouchement assisté. Selon le PS des deux zones, la grande majorité des femmes viennent une fois au moins en consultation prénatale. Il justifie ce comportement par le fait que les femmes désirent acquérir un carnet afin de pouvoir bénéficier plus tard des vaccinations. En effet, la population a confiance en la vaccination comme moyen de prévenir certaines maladies et particulièrement de la méningite dont les multiples épidémies ont fait beaucoup de victimes. C'est ainsi que la vaccination est devenue l'activité qui peut mobiliser le plus grand nombre de gens.

#### ***4. 4. 2. 2. Un personnel pas toujours disponible***

Deux prestataires de santé assurent les soins au niveau du CSPS de Rakaye (un IDE et une AA). A Komsilga, ce nombre est de trois (un IB, une AA et une AIS).

A Komsilga, le problème de disponibilité des agents n'a pas été posé mais à Rakaye, cela a été souvent mentionné. « *Souvent quand on vient, il n'y a personne au dispensaire* »<sup>85</sup>. On note qu'au niveau de ce CSPS, le nombre d'agents est très limité pour dix villages et deux hameaux de culture. Le personnel à ce niveau, au nombre de deux dont un seul fonctionnel car le second est régulièrement absent. Nous l'avons nous même constaté lors de nos multiples visites. Si le seul qui reste doit sortir pour des approvisionnements ou en supervision, c'est évident que le CSPS restera vide. Il est pratiquement le seul à assurer la consultation au niveau du dispensaire et de la maternité.

Nous l'avons observé un jour où il y avait la vaccination des enfants, des femmes enceintes et celles en âge de procréer. Un mode trivial avait envahi la formation sanitaire. On comptait plus d'une cinquantaine d'enfants et de femmes. Comment une seule personne pouvait-elle satisfaire tout ce monde qui s'impatientait ? A lui seul, il devrait assurer les tâches administratives, accueillir les femmes, remplir les carnets, vendre les seringues et assurer la vaccination. De plus, les malades l'attendaient au dispensaire. Très débordé, comment peut-il assurer des soins de qualité dans ces conditions ?

---

<sup>85</sup> GDD, jeunes filles de 14-19 ans, Rakaye.

La population lui reproche de ne pas se rendre disponible lorsqu'on a besoin d'elle. C'est ainsi qu'au cours de l'Atelier Auto Analyse une femme qui a vécu une situation n'a pas hésité à la partager « *une fois j'étais de passage et j'ai entendu les cris d'une femme. Par curiosité, je suis rentrée pour voir ce qui se passait. C'était une femme en travail que le PS avait abandonné seule pour une réunion* »<sup>86</sup>. La réunion est-elle aussi importante pour qu'elle ne puisse pas se libérer, ou encore, la réunion vaut-elle la vie d'une personne ? Ce sont autant de questions auxquelles le PS doit réfléchir. Une jeune fille raconte : « *un jour, quelqu'un était malade. C'était la nuit et on est allé réveiller l'infirmier qui a refusé de se lever* »<sup>87</sup>. Mai, comme le dit l'infirmier, depuis la mise en œuvre de l'IB, la communauté se comporte très mal. Selon lui, les mobilisateurs ont fait comprendre à la communauté qu'à partir de ce jour, elle gérerait le PS comme elle le peut car désormais son salaire proviendrait de la communauté. C'est ainsi que, nous raconte l'infirmier « *un jour, un homme est venu avec son enfant malade très tard la nuit. Il a frappé à ma port pendant que je dormais. Quand j'ai entendu les coups, je me suis réveillé et j'ai demandé qui c'était ? Le monsieur qui me dit : hé sors, c'est nous qui te payons* »<sup>88</sup>. Pour lui, la communauté a mal compris la philosophie de l'IB. Cela conduit souvent à des mésententes entre le PS et la communauté détériorant ainsi leurs relations.

#### **4. 4. 2. 3. Des tradipraticiens peu-sollicités**

Les tradipraticiens disent ne pas traiter de problèmes liés à la grossesse, la communauté quant à elle affirme ne pas avoir recours à ces agents pour diverses raisons : A Rakaye comme à Komsilga, les différents groupes ont manifesté leur mépris quant au recours aux tradipraticiens appelés *moor tip tima* pour intervenir dans la gestion des complications. La plupart nous faisait savoir « *qu'il n'y a plus de tradipraticien dans la zone* »<sup>89</sup>. Mais, est-ce à dire que des tradipraticiens n'existent vraiment pas ? Pour un groupe d'enquêtés, c'est parce qu'« *il n'y a plus de bon tradipraticien* »<sup>90</sup>, il n'y a que « *des vendeurs de médicament* ». Mais, qu'est-ce que la population entend par vendeurs de médicament ? Ce sont des vendeurs ambulants qui se promènent de maison en maison, de

---

<sup>86</sup> AAA, Rakaye.

<sup>87</sup> GDD, jeunes filles 14-19 ans, Rakaye.

<sup>88</sup> EIA, PS, Rakaye.

<sup>89</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

<sup>90</sup> Synthèse des GDD, Rakaye et Komsilga.

marché en marché pour vendre les remèdes. Pour la plupart des groupes interrogés, ces remèdes peuvent aggraver la maladie, donc, il faut s'en méfier. Cependant, les tradipraticiens que nous avons interrogés disent ne pas être des vendeurs de médicaments. Selon eux, le médicament traditionnel ne se vend pas car « *si on le vend, il devient inefficace* »<sup>91</sup>. La majorité des tradipraticiens disent que pour un remède administré, ils prennent soit un poulet ou la somme de quinze francs ou quelques noix de cola. Ils affirment ne pas être au courant de ce phénomène de vendeurs de médicaments.

Nous avons remarqué que seul le devin « *baga* » jouait un rôle très important dans la prise en charge de la grossesse. Comme nous l'avons déjà mentionné, il est consulté par les hommes et même par les femmes enceintes selon un devin pour connaître l'issue de la grossesse ainsi que le sexe de l'enfant. Cependant, tous les devins que nous avons interrogés sont des devins-guérisseurs mais eux-mêmes disent ne pas donner de remède aux femmes enceintes. Il s'agit surtout pour eux (hommes ou femmes) de faire des sacrifices.

---

<sup>91</sup> EIA, devin-guérisseur, Rakaye.

Un autre phénomène est que à Rakaye, un groupe d'hommes nous a fait savoir que les tradipraticiens se sont désengagés de la gestion des maladies d'une manière générale car pensent-ils, si un patient succombe à la suite des soins, ils seront interpellés par les forces de l'ordre. Cependant, aucun tradipraticien n'a déjà été victime d'une telle interpellation. C'est dans un département voisin qu'un devin avait été interpellé par la gendarmerie parce que semble-t-il, prétendait dénoncer des femmes « mangeuses d'âmes ».

## CONCLUSION GENERALE

La « santé pour tous d'ici l'an 2000 » proclamée est-elle atteinte ? Pour le cas précis de notre sujet, pouvons-nous affirmer que la plus pauvre des femmes a accès aux services de soins de santé pour la prise en charge de sa grossesse ou de son accouchement ? Beaucoup d'efforts ont été consentis pour l'amélioration de la santé de la mère : décentralisation des systèmes de soins, stratégie de santé communautaire qui vise l'implication active de la population dans la gestion de sa propre santé.

La prise en charge des complications obstétricales au niveau communautaire consiste en des activités de prévention. Ces activités sont menées de manière informelle au sein de la famille où la femme en tant que membre apprend les règles de vie de la grossesse. Ce sont des conseils sur le comportement et l'alimentation qui sont donnés aux femmes enceintes afin d'éviter d'éventuelles complications. Des actions ponctuelles sont entreprises pour aider une femme enceinte qui présente des complications.

Au niveau des prestataires communautaires, ce sont également des activités de prévention sous forme organisée, en groupe ou individuel qui sont menées. Les AV prennent en charge les accouchements en y apportant leur assistance aux parturientes.

L'ensemble de la communauté reconnaît qu'une femme enceinte peut présenter des risques de complications. Ces risques sont liés à sa survie et à celle de l'enfant qu'elle porte. Pour cette communauté on peut non seulement éviter les complications obstétricales mais aussi les guérir en se rendant dans une formation sanitaire.

D'une manière générale, la prise en charge d'une grossesse implique de nos jours des moyens financiers. Du début de la grossesse à l'accouchement, une attention particulière doit être accordée à la femme : bonne alimentation, consultations médicales.

Pour ce qui est de l'alimentation, la majorité des aliments indiqués pour une femme enceinte n'est pas accessible dans les localités. Il faut des moyens financiers pour s'en procurer et ce, seulement un jour de marché. N'existerait-il pas des aliments dans ces localités qui auraient la même valeur nutritionnelle que ceux qui sont proposés.

En ce qui concerne les consultations médicales, une contribution est demandée aux usagers pour couvrir les frais de fonctionnement du centre. Cette contribution, bien qu'elle

soit minime et très souvent jugée abordable par les femmes constitue une excuse au non recours au service de santé.

Enfin, d'une manière générale, les communautés rencontrent des problèmes de survie. Les femmes sont obligées de s'adonner à divers travaux pour subvenir à leurs besoins et à celui de leur famille.

Notre hypothèse centrale selon laquelle les facteurs économiques constituent des obstacles à la prise en charge communautaire nous semble plausible pour les raisons suivantes : la communauté est bien informée des complications qui peuvent survenir au cours d'une grossesse. Elle croit également en l'existence d'une structure capable de prendre adéquatement en charge la grossesse. Les comportements à adopter pour la santé de la grossesse sont aussi bien assimilés. Mais comment tout cela pourrait être mis en application si les conditions économiques ne sont pas favorables ?

Peut-on demander à une femme enceinte de ne pas faire des corvées d'eau quand on sait que l'eau est un bien très souvent rare et pour en acquérir il faut parcourir de longues distances ?

Peut-on demander à une femme enceinte de ne pas cultiver ? Que va-t-elle consommer après la grossesse ?

Toute stratégie visant à prendre en charge la maternité doit prendre en compte ces facteurs économiques.

Un autre problème est que malgré la diversité des SBC et leur grand nombre, très peu d'entre eux en activité et certains ne se sentent pas concernés par le problème de maternité. Comme nous l'avons déjà vu, à Komsilga, la référence aux AV est fréquente, pour les autres prestataires communautaires, elle est très faible. A Rakaye, la référence à tous les niveaux est très faible et même inexistante selon le PS. Parmi les SBC, les valeurs des services des AV sont les plus reconnues et acceptées par la communauté. Malgré cette reconnaissance le AV subissent les mêmes problèmes que les autres SBC : désintéressement de la population des activités des SBC, non respect des engagements visant à motiver les SBC... La communauté semble n'avoir pas encore intégré la logique qui sous-tend le programme SBC à savoir leur participation effective à la résolution de leurs problèmes de santé.

De nombreuses actions sont déjà entreprises au niveau communautaire dans le sens de la prise en charge des risques de complication de grossesse ou d'accouchement. Des

acteurs sont impliqués : ce sont les femmes âgées, les hommes, époux des parturientes, les devins, les SBC et le PS. Les tradipraticiens semblent être exclus de ces acteurs.

A l'issue du processus de notre réflexion, il nous paraît nécessaire, dans la perspective d'une exploration plus affinée d'axer les recherches sur :

- Le problème financier pour la prise en charge de la femme enceinte dont une solution serait la mise en place de mutuelle de santé qui prendra en charge totalement les frais de consultation des femmes enceintes.
- L'inactivité de la grande majorité des SBC qui pourrait être remédiée par l'organisation régulièrement de séances de recyclage, la formation de tous les SBC aux gestes élémentaires qui sauvent, la diversification des activités des SBC et l'introduction d'un système de motivation extra communautaire.
- L'indisponibilité du personnel de santé par le renforcement des formations sanitaires en personnels.
- L'indisponibilité des aliments recommandés pour une femme enceinte, pour résoudre ce problème, il est nécessaire de collaborer avec le service de nutrition pour une étude de milieu afin de dégager les potentialités alimentaires et en proposer aux femmes enceintes.

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. Ouvrages généraux

- BONNET Doris, *Corps biologique, corps social, procréation et maladie de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, édition de l'ORSTOM, 1988.
- GUIMERA L.M, *Médecine et pharmacopée Evuzok*, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, 1977.
- INSD, Enquête Démographique et de Santé (EDS), 1992.
- Laboratoire de Santé Communautaire de Bazèga, *Expérimentation d'un projet de prestation de services de santé et de planification familiale au niveau villageois du Bazéga*, Mais 1995, série document numéro 1.
- LALLEMAND Suzanne, *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, édition de l'harmattan, 1992.
- LALLEMAND Suzanne, *Une famille mossie*, édition de l'ORSTOM, 1977.
- LASSONDE Louise, *Les défis de la démographie : Quelle qualité de vie pour le 21<sup>e</sup> siècle*. Edition la découverte, 1996.
- OUEDRAOGO Christine, *Laboratoire de Santé Communautaire : Enquête qualitative de base sur les opinions en matière de reproduction*, septembre 1997, Burkina Faso.
- Province du Bazèga, *Renseignements généraux sur la province*, mai 1998.
- QUIVY R. et CAMPENHOUDT L V, *Manuel de recherche en science sociale*, Paris, Dunod, 1988.
- RIFKIN B. Susans, *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale, analyse sur la base de cas*, Genève, OMS, 1990, sciences humaines appliquées, 1070 Bruxelles, 1984-1985.
- SAWADOGO Ram Christophe et KABORE Oger, *La communication sociale relative à l'enfant au Burkina Faso, possibilité d'exploiter un fonds traditionnel dans ces croyances, ses structures et ses agents*, UNICEF, 1988.
- SILLONVILLE Franck, *Guide de santé au village, « docteur » Maimouna parle avec les villageois*, IPD, Karthala, 1985.



## 2. Revues et Articles

- BARBER BC, « Maternité sans risques », in *Forum mondial de la santé*, Volume 8, 1987, Revue maternité sans risques, numéro 8, 1995.
- ROVOLODOMANGA Bodo, « Pour la santé et la beauté de l'enfant à naître » in *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*, édition Harmattan, 1991.
- SOME D et al, « Qualité de la prise en charge des parturientes dans le district sanitaire de Banfora », in *Journée de santé de Bobo*, avril 1998.
- TAHA Attia Z « Comment utiliser les villageois chargés de promouvoir la santé » in *Forum mondial de la santé*, volume 18, numéro ¾ 1994.
- TIZIO Stéphane et FLORIE Ives Antoine, « L'initiative de Bamako : Santé pour tous ou maladie pour chacun », In revue *Tiers monde*, n° 4, 1989.
- WHITE Alainstair T, « Pourquoi la participation communautaire : Une analyse des arguments avancés », in *Les carnets de l'enfance*, numéro 59/60 UNICEF 1982.

### 3. Mémoires et thèses

KABORE Eugénie, *Du suivi traditionnel au suivi moderne de la grossesse, un passage difficile*, mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Ouagadougou, 1992.

OUEDRAOGO Koumbou Rosalie, *Femme et procréation : Etude monographique de la société traditionnelle mossie au Burkina Faso*, école ouvrière supérieure, Institut Supérieur des Sciences Humaines Appliquées, 1080 Bruxelles, 1984-1985.

SOUBEIGA A.K, *Les stratégies des soins de santé primaires au Burkina : Mobilisation communautaire et logiques paysannes, l'exemple de la Sissili*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Bordeaux II, décembre 1992.

TIEMTORE Mariam, *Insuffisance de la prise en charge des grossesses à risque dans les services de santé maternelle et infantile de Ouagadougou (Burkina Faso)*, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Ecole Nationale de développement sanitaire et social (ENDSS), Section administration / Enseignement, ex CESSI, Dakar, juillet 1994.

#### **4. Publication du Ministère de la Santé et de l’OMS**

Ministère de la Santé, *Curriculum de formation des agents DBC*, Burkina Faso, 1998.

Ministère de la Santé, *Micro plan du CSPS de Rakaye*, exercice 2000.

Ministère de la Santé, *Plan de développement sanitaire*, Komsilga, 1999.

Ministère de la Santé, District du secteur 30, *Plan de développement sanitaire*, 1999.

OMS, *Manuel de planification et d’exécution de la recherche dans le cadre de l’approche fondée sur la notion de risque en santé maternelle et infantile y compris la planification familiale*, Division de la santé de la famille, OMS, Genève, 1984.

OMS, *Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle*, nouvelle méthodologie OMS/UNICEF, Genève, 1996.

OMS, *Le dossier mère enfant : guide pour une maternité sans risque*, Genève, 1994.

OMS, *Rapport de situation sur la maternité sans risque*, 1993-1995, Genève, 1996.

OMS, *Les soins de santé primaire*, Alma Ata, 1978.

#### **ANNEXES**

**EVALUATION DES ACTIONS ACTUELLES ET POTENTIELLES POUR LES  
FEMMES ENCEINTES, LES NOUVELLES MERES ET LEUR FAMILLE DANS  
LA PRISE EN CHARGE DE LA MATERNITE SANS RISQUE ET LA SURVIE DE  
L'ENFANT  
BAZEGA - BURKINNA FASO**

**GUIDE D'ENTRETIEN DES GROUPE DE DISCUSSIONS DIRIGEES (GDD)**

**INTRODUCTION - MISE EN TRAIN**

De nos jours il existe de nombreuses maladies. Celle dont nous souhaiterions nous entretenir avec vous aujourd'hui sont celles liées à la santé de la mère et des enfants, notamment les femmes enceintes et les nouveaux-nés et bien sûr leur pères. Nous menons cette étude dans le cadre du Laboratoire de Santé Communautaire (LSC).

Cette étude va nous permettre de trouver ensemble, vous et nous, les voies et moyens idoines pour s'attaquer efficacement à ces genres de maladies tant chez les hommes que chez les femmes voire de les prévenir.

**PENDANT LA GROSSESSE**

1. Comment reconnaît-on une grossesse dans votre communauté ? Est-il permis à une femme d'annoncer qu'elle est en grossesse pendant les premiers mois ?

*Si oui, à quel moment ? Sonder : au début de la grossesse, à combien de mois, quand la grossesse est visible ? Pourquoi ?*

Normalement, quelle est la première personne à qui une femme devrait annoncer qu'elle est enceinte.

*Sonder : mari, mère, tante, co-épouse, père...*

2. A qui peuvent se référer les femmes enceintes pour :

- a. *Avoir des conseils ? Sonder : le personnel de santé, les agents DBC, les accoucheuses traditionnelles et villageoises, les tradipraticiens ? Pour chaque catégorie de personnel mentionné, demander pourquoi ? Pour l'ensemble de personnel mentionné, demander s'il y a une préférence et pourquoi ?*
  - b. *Pour obtenir des soins ? Sonder : le personnel de santé, les agents DBC, les accoucheuses villageoise, les tradipraticiens ? Pour chaque catégorie de personnel mentionné, demander pourquoi ? Pour l'ensemble du personnel mentionné, demander s'il y a une préférence et pourquoi ?*
3. Est-ce qu'il y a des choses qu'une femme enceinte devrait ou ne devrait pas faire ? Si oui, lesquelles ? Sonder : travaux, nourriture, médicaments, visite chez les tradipraticiens, visite à la formation sanitaire, rapport sexuel et pourquoi ?
  4. Pendant la grossesse est-ce qu'il y a des signes précurseurs qui laissent présager une grossesse compliquée ? Si oui, lesquels ? Comment les reconnaît-on ? Que fait-on quand de tels signes sont identifiés ? *Sonder : personnel de santé, traitement traditionnel, rites coutumières, ... Sonder tous les noms possibles de ces signes en langue locale.*
  5. Est-ce que les hommes (les maris) ont un rôle à jouer pendant la grossesse d'une femme. Si oui, lesquels ? Si non pourquoi ? Quel rôle auriez-vous souhaité voir l'homme jouer pendant la grossesse de sa femme ? *Sonder le rôle d'autres personnes : grand-mères, mères, tante, amis, tradipraticiens, etc.*

## **PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET LE POST PARTUM**

6. A qui peuvent se référer les femmes enceintes pour :
  - a. Accoucher ? Sonder : le personnel de santé, les agents DBC, les accoucheuses villageoises, les tradipraticiens ? Pourquoi ? Pour l'ensemble du personnel mentionné, demander s'il y a une préférence et pourquoi ?
  - b. Pour obtenir des soins après l'accouchement ? Sonder : le personnel de santé, les agents BBC, les accoucheuses villageoises, les tradipraticiens ? Pourquoi ? Pour l'ensemble du personnel mentionné, demander s'il y a une préférence et pourquoi ?
7. Pendant l'accouchement, est-ce qu'il y a des signes précurseurs qui laissent présager un danger ou une complication. Si oui, lesquelles ? Comment les reconnaît-on ? Que fait-

on quand de tels signes sont identifiés ? Sonder : personnel de santé, traitement traditionnel, rites coutumières...

*Sonder le post partum lointain*

*Sonder les noms possibles de ces signes en langue locale.*

8. Immédiatement après, l'accouchement est-ce qu'il y a des signes précurseurs qui laissent présager un danger ou une complication ? Si oui, lesquels ? Comment les reconnaît-on ? Que fait-on quand de tels signes sont identifiés ? Sonder : personnel de santé, traitement traditionnel, rites coutumières, etc.

9. Est-ce qu'il y a des choses qu'une femme accouchée devrait ou ne devrait pas faire ? Si oui, lesquelles ?

*Sonder : le post partum immédiat : travaux, nourriture, médicament, visite aux tradipraticiens, consultation du personnel de santé, rapport sexuel et pourquoi ?*

*Le post partum lointain (40 jours après un accouchement) travaux, nourriture, rapport sexuel et pourquoi ?*

*Sonder : est-ce qu'il y a des aliments qu'un enfant ne devrait pas manger ? Pourquoi ?*

10. Est-ce que les hommes (les maris) ont un rôle à jouer pendant et après l'accouchement d'une femme ? Si oui, lequel, Si non, pourquoi ? Quel rôle auriez-vous souhaité voir l'homme joué pendant et après l'accouchement de sa femme ?

*Sonder : le rôle d'autres personnes : grand-mères, mères, tante, amis, tradipraticiens...*

*Sonder : le rôle de l'homme dans les nutritions et les sons des enfants (nouveaux-nés jusqu'à cinq ans).*

11. Si l'on formait des agents DBC pour offrir des services de conseils et de prises en charge des femmes enceintes, accepteriez-vous leurs services ? Pourquoi ? Est-il important que la personne qui vient vous voir soit un homme ou une femme ?

12. Si les agents DBC devraient passer des informations aux couples sur la grossesse dans les concessions, voudriez-vous que les agents DBC homme parlent aux hommes et les agents DBC femmes parlent aux femmes ou cela n'a pas d'importance ? Pourquoi ?

## **rites et coutumes pendant la grossesse et dans le post partum**

13. Y a-t-il des rites ou coutumes encore en vigueur dans votre communauté quand une femme est enceinte ? Si oui pouvez-vous les décrire ? Pourquoi les fait-on ?

14. Y a-t-il des rites ou coutumes encore en vigueur dans votre communauté quand une femme est en travail ? Si oui pouvez-vous les décrire ? Pourquoi les fait-on ?
15. Y a-t-il des rites ou coutumes encore en vigueur dans votre communauté après l'accouchement d'une femme ? Si oui pouvez-vous les décrire ? Pourquoi les fait-on ?  
Sonder les rites et coutumes à l'endroit de l'enfant de moins de cinq ans.
16. Avez-vous des suggestions pour améliorer la santé de la femme enceinte et de son bébé ?

Je vous remercie pour avoir accepté de me consacrer votre temps.

**ANNEXE II - 3****INTERVIEW AVEC LES PRSTATAIRES DE SERVICESS****(Agents DBC, CBS, AV, ASV, Tradipraticiens)**

1. Est-ce que vous recevez des clientes venant pour obtenir des conseils pendant leur grossesse ? Si oui, pouvez-vous préciser la nature des conseils ?  
Est-ce que vous recevez des clientes venant pour accoucher ?  
Est-ce que vous recevez des clientes venant pour obtenir des conseils dans le post partum ? Si oui, pouvez-vous préciser la nature des conseils ? (Sonder : les conseils spécifiques au enfants).
2. Quelles sont les complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum les plus fréquemment rencontrées au sein de votre zone de couverture ? (Sonder : la conduite à tenir pour chaque cas de complication mentionnée ?
3. Est-ce que les gens de votre communauté discutent facilement et ouvertement des aspects liés à la grossesse avec vous ? Est-ce qu'il est permis à une femme de dire qu'elle est enceinte à son mari ? A sa co-épouse ? Si non pourquoi ?
4. Quelles sont les causes de complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum ? Sonder : les causes traditionnelles : mauvais sort, malédiction, offense des interdits.
5. Peut-on guérir les complications au cour d'une grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement ? Pouvez-vous expliquer comment ? Sonder : les rites et coutumes pratiqués à cet effet, les visites prénatales, les médicaments.
6. Selon vous, que peuvent faire les individus et les membres de la communauté pour prévenir ces complications survenant pendant les grossesses et l'accouchement ?
7. Que faites-vous en tant que prestataire de service pour prévenir ces complications ?
8. Avez-vous déjà référé des femmes souffrant de complications liées à une grossesse ? Si oui, comment le mari est-il impliqué dans la référence ? Comment la communauté y contribue-t-elle.
9. Que faites-vous pour les soins des nouveaux-nés ? Sonder : conseils et contenus les soins et le types de soins, la vaccination, etc.

10. Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer les services à l'endroit :

- des femmes enceintes ?
- des femmes en travail (pendant l'accouchement) ?
- des femmes accouchées ?
- des enfants ?

Sonder : conseils, soins, formations et utilisation des prestataires communautaires (ASV, AV, DBC, Tradipraticiens, implication des hommes, etc.).

## **GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ENQUÊTE COMPLÉMENTAIRE**

### **1. Prestataires communautaires (accoucheuses villageoises)**

- Nom
- Prénom
- Age
- Situation matrimoniale

Comment êtes-vous devenus AV ?

Pouvez-vous nous parler de votre cursus,

Parlez nous de vos différentes activités menées en tant que AAV

Combien de femmes avez-vous consulté ce mois-ci (accouchements assistés)

Quelle appréciation faites-vous de l'affluence ?

Aimez-vous votre métier en tant que AV ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre métier ?

### **2. Femmes enceintes ou nouvellement accouchées**

- Nom
- Prénom
- Age
- Nombre de grossesse

Comment vivez-vous votre grossesse ? Sonder les activités quotidiennes, les relations interpersonnelles, les relations avec l'espace, les problèmes de santé.

Avez-vous accès aux soins ? Sondez, les structures de santé fréquentées, les agents consultés.

Etes-vous satisfaites des prestations reçues ?

Quelles suggestions faites vous pour l'amélioration de la santé des femmes enceintes / nouvellement accouchées ?

## **PAQUET MAXIMUM D'ACTIVITES A REALISER PAR LES PRSTATAIRES DE SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE**

### **1. Activités d'information éducation communautaire**

Information sur :

- La vaccination
- MST-SIDA
- Diarrhée / TRO (SRO + autres liquides)
- L'allaitement maternel et conduite du sevrage
- Consultation prénatale et facteurs de risques
- Accouchement assisté
- Soins aux accouchées et nouveaux-nés
- Consultation post natale
- Consultation des nourrissons
- Planification familiale y compris infertilité
- Problèmes gynécologiques (troubles du cycle menstruel, cancer du sein, cancer des organes génitaux ménopause, andropause)
- Participation communautaire
- Danger de l'automédication
- Pratiques traditionnelles néfastes (lutte contre l'excision et autres pratiques)
- Approche genre
- Les affections courantes : le paludisme, la dracunculose, la tuberculose pulmonaire, affection respiratoire aiguë
- Mesures à prendre en cas d'épidémie
- Utilisation des services de santé
- Conseils nutritionnel / carences en micronutriments
- Hygiène personnelle
- Hygiène de l'eau
- Hygiène du milieu / construction et utilisation des latrines
- Système de référence et contre référence
- Prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA

- Education à la vie familiale
- Code des personnes et de la famille
- Violences faites aux femmes
- Avortement provoqué, clandestin
- Toxicomanie (alcool, drogue, tabac).

## **2. Distribution / utilisation des médicaments et autres produits**

- Condom
- Spermicides
- Pilule
- SRO
- Chloroquine
- Acide acétylsalicylique (Aspirine)
- Micronutriments (vit A, iode, fer/acide folique)
- Pommade / collyre ophtalmique
- Ivermectine (zone endémique)
- Tamis-filtre (zone endémique)
- Mebendazole (vermox)
- Paracétamol
- Pommade dermique (pénicilline, auréomycine 3 %)
- Parégorique
- Charbon végétal
- Eau de javel
- Pierre noire
- Permétrine (imprégnation des moustiques et rideaux)

## **3. Prise en charge des affections courantes**

- Diarrhée
- Fièvre
- Céphalée
- Conjonctivites
- Maux de ventre

- Plaie
- Malnutrition
- Infections respiratoires aiguë
- Mesures à prendre en cas d'épidémie
- Anémie

#### **4. Soins à la mère et à l'enfant**

- Consultation prénatale
- Accouchement eutocique
- Soins au nouveau-né et à l'accouchée
- Surveillance de la croissance des enfants (périmètre brachial)
- Prestations PF (prescription, suivi méthodes naturelles, spermicides, condoms, pilules)
- Suivi et référence
- Prestations gynécologiques (dépistage cancer seins, troubles menstruels)
- Prise en charge des avortements

#### **5. Gestion et administration**

- Collecte des données statistiques
- Gestion des stocks et finances
- Elaboration des micro-plans
- Bilan de activités

## **LES TÂCHES DE L'AGENT DE SANTE VILLAGEOIS (ASV)**

### **IEC**

Organiser en association avec l'accoucheuse villageoise (AV) et les autres membres de la Cellule de Santé Villageoise (CSV) des séances d'IEC à la communauté vis-à-vis des problèmes de santé du village IEC à la collectivité, visites des familles, IEC individuelle.

Les activités d'IEC peuvent porter sur les thèmes ci-dessous énumérés.

### **NUTRITION**

- Mener des conseils diététiques aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes,
- Renseigner la communauté sur les qualités nutritionnelles des ressources alimentaires locales et proposer des régimes alimentaires adéquats,
- Faire des démonstrations de la préparation des aliments de sevrage et de récupération nutritionnelle,
- Promouvoir l'allaitement maternel et les modes de sevrage adéquats,
- Reconnaître un enfant malnutri et prendre les mesures appropriées,
- Référer les femmes et enfant anémiques ou malnutris à la consultation de la FS de référence.

### **HYGIENE ET ASSAINISSEMENT**

- Amener la communauté à adopter de bonnes habitudes d'hygiène corporelle, vestimentaires, alimentaire et de l'habitat,
- Prendre en association avec la CSV, des mesures appropriées pour la collecte et l'élimination des déchets solides et liquides,
- Promouvoir la construction et l'utilisation des latrines familiales,
- Contribuer au maintien de l'hygiène de l'aire assainie autour des points d'eau,
- Amener la communauté en association avec l'AV, la CSV et/ou le Comité de gestion à consommer de l'eau saine,
- Promouvoir l'utilisation des moustiquaires / rideaux imprégnés en collaboration avec l'AV, la CSV et/ou le comité de gestions.



## SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

- Identifier les femmes enceintes et les référer à la consultation prénatale de la FS de référence au moins une fois au cours de la grossesse.,
- Conseiller les femmes / hommes sur l'hygiène de la grossesse,
- Renseigner la communauté sur les facteurs de risque liés à la grossesse,
- Référer à la consultation au niveau de la FS de référence toute femme enceinte qui présente des complications,
- Renseigner la communauté sur les possibilités d'espacer les naissances,
- Organiser la sensibilisation de la communauté sur la vaccination,
- Aider à mobiliser la communauté à bénéficier des soins maternels et infantiles intégrés au niveau village,
- Pratiquer la surveillance nutritionnelle des enfants,
- Encourager toutes les femmes à donner le sein au bébé en insistant sur les avantages de l'allaitement maternel (Protection du bébé, disponibilité, moindre coût) et la conduite du sevrage),
- Informer les femmes / hommes sur le cycle menstruel normal et les problèmes de menstruation,
- Donner les soins post-natals (immédiats et 6-8 semaines plus tard) à la mère et à l'enfant,
- Adresser les bébés d'un mois à la consultation des nourrissons,
- Informer la population sur les méfaits de l'excision et les autres pratiques néfastes,
- Eduquer, motiver les membres de la communauté sur les méthodes de planification familiale et sur l'espacement des naissances,
- Identifier les besoins en Planification Familiale (PF),
- Faire des visites régulières aux personnes qui utilisent une méthode de PF afin de savoir si elles sont satisfaites, si elles ont un problème ou si elles ont besoin d'être réapprovisionnées,
- Assurer les prestations de PF (méthodes naturelles, condom, pilule, spermicide) et référer les client(e)s désirant d'autres méthodes.

N.B. : Les autres aspects de la SMI seront traités par l'AV.

## LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES

- Mettre en œuvre des mesures simples à la portée de la communauté pour réduire les endémies,
- Participation à la mise en œuvre des mesures simples de gestion des épidémies en collaboration avec l'AV, la CSV et/ou COGES et autres secteurs,
- Promouvoir et participer à la lutte contre les vecteurs,
- Informer la population sur les mesures de prévention et la prise en charge des MST/SIDA,
- Participation à la prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

## TRAITEMENT DES AFFECTIONS COURANTES

Dépister et traiter les maladies et lésions courantes :

- |                 |  |
|-----------------|--|
| - Diarrhée      | - Malnutrition   |
| - Paludisme     | - Onchocercose   |
| - Conjonctivite | - Dracunculose   |
| - IRA           | - Tuberculose (dépistage, supervision des prises       |
| - Plaies        | d'antituberculeux, recherche active des perdus de vue) |
| - Fièvre        | - Morsures venimeuses (serpent, scorpion)              |
| - Céphalées     | - Etc.   |
| - Parasitose    |  |
- Assurer la distribution des SRO, chloroquine, aspirine, fer/acide folique, micronutriments, ivermectine, tamis, tilter, mébendazole, charbon, pommade dermique antibiotique, eau de javel, alun, etc.

## GESTION ADMINISTRATION

\* Avec la CSV

- Organiser les activités préventives et promotionnelles en collaboration de la CSV,
- Faire périodique le bilan des activités à la CSV (de préférence mensuel),

- Faire fréquemment le bilan financier au trésorier de la CSV (de préférence hebdomadaire),

\* Avec l'ASV

- Assurer une étroite collaboration dans l'exécution des tâches décrites.

\* Avec la FS de référence

- Assurer la collecte des données statistiques et adresser à la FS de référence (rapport mensuel d'activités),
- Participer aux réunions, formations et d'autres activités organisées par la FS,
- Faciliter les supervisions formatives que même périodiquement la FS de référence (être disponible, être à jour, etc.),
- Assurer l'évacuation des cas graves vers la FS,
- Faciliter le processus de l'étude du milieu,
- Tenir à jour les outils de gestion des médicaments et des finances,
- Participation à l'élaboration de micro plans.

\* Autres

- Promouvoir et développer la collaboration avec les TP
- Associations, ONG et groupements.

## **LES TÂCHES DE L'ACCOUCHEUSE VILLAGEOISE (AV)**

### IEC

Organiser en association avec l'Agent de Santé Villageois (ASV) et les autres membres de la Cellule de Santé Villageoise (CSV) et/ou le comité de gestion COGES des séances d'IEC à la communauté vis-à-vis des problèmes de santé du village IEC à la collectivité, visites des familles, IEC individuelle.

Les activités d'IEC peuvent porter sur les thèmes ci-dessous énumérés.

### NUTRITION

- Mener des conseils diététiques aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes,
- Renseigner la communauté sur les qualités nutritionnelles des ressources alimentaires locales et proposer des régimes alimentaires adéquats,
- Faire des démonstrations de la préparation des aliments de sevrage et de récupération nutritionnelle,
- Promouvoir l'allaitement maternel et les modes de sevrage adéquats,
- Reconnaître un enfant malnutri et prendre les mesures appropriées,
- Référer les femmes et enfant anémiques ou malnutris à la consultation de la FS de référence.

### HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

- Amener la communauté à adopter de bonnes habitudes d'hygiène corporelle, vestimentaires, alimentaire et de l'habitat,
- Prendre en association avec la CSV, des mesures appropriées pour la collecte et l'élimination des déchets solides et liquides,
- Promouvoir la construction et l'utilisation des latrines familiales,
- Contribuer au maintien de l'hygiène de l'aire assainie autour des points d'eau,
- Amener la communauté en association avec l'AV, la CSV et/ou le Comité de gestion à consommer de l'eau saine,
- Promouvoir l'utilisation des moustiquaires / rideaux imprégnés en collaboration avec l'AV, la CSV et/ou le COGES.



## SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

- Identifier les femmes enceintes et les référer à la consultation prénatale de la FS de référence au moins une fois au cours de la grossesse.,
- Participer à l'organisation de la consultation prénatale en stratégie avancée,
- Suivre les femmes au cours de la grossesse et référer les cas anormaux,
- Renseigner la communauté sur les facteurs de risque liés à la grossesse,
- Conseiller les femmes sur l'hygiène de la grossesse,
- Référer à la consultation au niveau de la FS de référence toute femme enceinte qui présente des complications,
- Renseigner la communauté sur les possibilités d'espacer les naissances,
- Organiser la sensibilisation de la communauté sur la vaccination,
- Aider à mobiliser la communauté à bénéficier des soins maternels et infantiles intégrés au niveau village,
- Pratiquer la surveillance nutritionnelle des enfants,
- Encourager toutes les femmes à donner le sein au bébé en insistant sur les avantages de l'allaitement maternel (Protection du bébé, disponibilité, moindre coût) et la conduite du sevrage),
- Discuter avec la communauté des avantages de l'espacement des naissances,
- Informer les femmes sur le cycle menstruel normal et les problèmes de menstruation,
- Pratiquer les accouchements normaux et référer les cas dépassant sa compétence,
- Donner les soins post-natals (immédiats et 6-8 semaines plus tard) à la mère et à l'enfant,
- Adresser les bébés à la consultation des nourrissons,
- Enseigner aux femmes l'auto-examen des seins,
- Informer la population sur les méfaits de l'excision et les autres pratiques néfastes,
- Eduquer, motiver les membres de la communauté sur les méthodes de planification familiale et sur l'espacement des naissances,
- Identifier les besoins en Planification Familiale (PF),

- Faire des visites régulières aux personnes qui utilisent une méthode de PF afin de savoir si elles sont satisfaites, si elles ont un problème ou si elles ont besoin d'être réapprovisionnées,
- Assurer les prestations de PF (méthodes naturelles, condom, pilule, spermicide) et référer les client(e)s désirant d'autres méthodes.

## LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES

- Mettre en œuvre des mesures simples à la portée de la communauté pour réduire les endémies,
- Participer à la mise en œuvre des mesures simples de gestion des épidémies en collaboration avec l'AV, la CSV et/ou COGES et autres secteurs,
- Promouvoir et participer à la lutte contre les vecteurs,
- Informer la population sur les mesures de prévention et la prise en charge des MST/SIDA,
- Participation à la prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

## TRAITEMENT DES AFFECTIONS COURANTES

Dépister et traiter les maladies et lésions courantes :

- |                 |   |
|-----------------|---|
| - Diarrhée      | - Malnutrition  |
| - Paludisme     | - Onchocercose  |
| - Conjonctivite | - Dracunculose  |
| - IRA           | - Tuberculose (dépistage, supervision des prises        |
| - Plaies        | d'antituberculeux, recherche active des perdues de vue) |
| - Fièvre        | - Maux de ventre  |
| - Céphalées     | - Parasitose  |
|                 | - Morsures venimeuses (serpent, scorpion)               |
- Assurer la distribution des SRO, chloroquine, aspirine, fer/acide folique, micronutriments, ivermectine, tamis-filtre, mébendazole, charbon, pommade dermique antibiotique, eau de javel, alun, etc.



## GESTION ADMINISTRATION

### \* Avec la CSV

- Organiser les activités préventives et promotionnelles en collaboration de la CSV,
- Faire périodiquement le bilan des activités à la CSV (de préférence mensuel),
- Faire fréquemment le bilan financier au trésorier de la CSV (de préférence hebdomadaire),

### \* Avec l'ASV

- Assurer une étroite collaboration dans l'exécution des tâches décrites.

### \* Avec la FS de référence / Comité de gestion

- Assurer la collecte des données statistiques et adresser à la FS de référence (rapport mensuel d'activités),
- Informer le plutôt l'équipe de la FS sur les problèmes de santé qui surviennent au village,
- Participer aux réunions, formations et d'autres activités organisées par la FS,
- Faciliter les supervisions formatives que même périodiquement la FS de référence (être disponible, être à jour, etc.),
- Assurer l'évacuation des cas graves vers la FS,
- Faciliter le processus de l'étude du milieu,
- Tenir à jour les outils de gestion des médicaments et des finances,
- Participation à l'élaboration de micro plans,
- Faire le bilan des activités du comité de gestion (de préférence trimestriellement).

### \* Autres

- Promouvoir et développer la collaboration avec les Tradipraticiens (TP)
- Associations, ONG et groupements.

## **TACHES DES PAIRES EDUCATEURS / EDUCATRICES**

Donner des conseils à ses camarades d'âges (pairs) sur divers thèmes en rapport avec les problèmes de santé rencontrés par le groupe concerné.

- Participer à la distribution des contraceptifs non prescriptible,
- Assurer le réapprovisionnement de ses pairs en contraceptifs et référer aux ASC en cas de problème,
- Participer aux activités de promotion de la santé organisées avec les ASC (latrinitisation, salubrité du milieu, etc.).

## **TACHES DES BASE COMMUNAUTAIRE : PLANIFICATION FAMILIALE MST/SIDA**

### **Information Education Communication**

- Organiser en association avec la cellule de santé villageoise et/ou le comité de gestion (COGES) des séances d'IEC à la communauté.
- Discuter avec la communauté des avantages de l'espacement des naissances.
- Informer les femmes sur le cycle menstruel normal et les problèmes de menstruation.
- Encourager toutes les femmes à donner le sein au bébé en insistant sur les avantages de l'allaitement.
- Eduquer, motiver les membres de la communauté sur les méthodes de planification familiale et sur l'espacement des naissances.
- Assurer les plaidoyers auprès des leaders sur différents thèmes sensibles :
  - genre
  - codes des personnes et de la famille
  - droits de l'enfant
- Sensibiliser la communauté sur la prévention des MST-SIDA.

### **Prestations de soins**

- Identifier les besoins en planification familiale des clientes.
- Assurer la prescription de contraceptifs aux clientes (méthodes naturelles, condom, pilule, spermicide) et référer les clientes désirant d'autres méthodes.
- Faire des visites régulières aux personnes qui utilisent une méthode PF afin de savoir si elles sont satisfaites, si elles ont un problème ou si elles ont besoin d'être réapprovisionnées.
- Assurer l'appui à la prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Initier les femmes à l'auto-examen des seins.

## **Gestion administration**

### \* Avec la CSV

- Organiser les activités préventives et promotionnelles en collaboration de la CSV,
- Faire périodiquement le bilan des activités à la CSV (de préférence mensuel),
- Faire fréquemment le bilan financier au trésorier de la CSV (de préférence hebdomadaire),
- Assurer une étroite collaboration dans l'exécution des tâches décrites avec les autres agents SBC.

### \* Avec la FS de référence / Comité de gestion

- Assurer la collecte des données statistiques et adresser à la FS de référence (rapport mensuel d'activités),
- Informer le plutôt l'équipe de la FS sur les problèmes de santé qui surviennent au village,
- Participer aux réunions, formations et d'autres activités organisées par la FS,
- Faciliter les supervisions formatives que mène périodiquement la FS de référence (être disponible, être à jour, etc.),
- Assurer l'évacuation des cas graves vers la FS,
- Faciliter le processus de l'étude du milieu,
- Tenir à jour les outils de gestion des médicaments et des finances,
- Participation à l'élaboration de micro plans,
- Faire le bilan des activités du comité de gestion (de préférence trimestriellement).