



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

# **Consultations prénatales et perception des risques liés à la grossesse : Evaluation de la stratégie IEC dans le district de Bogodogo (Burkina Faso)**

présenté par

**Amata GNAGNA**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité « Santé Internationale »

le 05 Avril 2011

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE

Président

Directeur du Département Santé

Mme Sophie CRETINON

Examineur

Enseignante à l'école des sages-femmes de l'hôpital de  
Foch

Dr Magued CHOUKRY

Examineur

Chirurgien Gynécologue, diplômé de biologie de la  
reproduction, Faculté de Médecine de Lyon



## Remerciements

Je voudrais adresser mes remerciements à :

- Mon Directeur de département, Dr Christian MESENGE
- Mme Alice MOUNIR, Assistante du directeur de département ;
- Mme Sophie CRETINON d'avoir accepté diriger ce mémoire ;
- Mme Pascale Bourgeois et Pr Christophe Rapp pour leurs apports à ce travail
- Mon directeur de stage Jean-Bernard Ouéfo KINDA et son épouse ;
- Dr L. Soutongonoma Lionel Wilfrid OUEDRAOGO et son équipe pour l'octroie du stage ;
- Dr Arnaud KONSEIMBO au CMA du secteur 30 ;
- M. Salif OUEDRAOGO et Mme Amsou TOMPOUDI au CSPS du secteur 30 ;
- La Sœur Angèle responsable au CM Saint Camille, le Père SALVATORE médecin-chef au CM Saint Camille, le Dr GILA au service de gynécologie et d'obstétrique du CM Saint Camille ;
- Pr Koffi AKPADZA, Dr PEPEYI, M. Wiyao GNANGBA, Dr ABOUBAKARI, Mme TATANGUE et son époux, Dr KODOM et son épouse ;
- Mes camarades du département Santé de la XIIème promotion de l'Université Senghor de m'avoir accepté avec leur fille Orlane et particulièrement au Dr Nsele, Mme Haoua, Fatima, Dr Harouna, Dr Koné, Dr Boré, Fabrice, Dieudonné, Dramane, Anne-Sophie, Williams, Bativou ;
- Mme Salamatou et Djabir ;
- Papa Jean ICHILEMEDJIAN ;
- Mes sœurs Nadège, Tatiana, Christine et mon frère Ignace ;
- Toute la communauté togolaise d'Alexandrie : Mimi, Lady, Jean-Luc, Charles, Claude, Fata, Michel, Thaï, Mouzakirou pour avoir été vraiment une famille pour moi ;
- A mes amies Estelle, Séraphine, Brigitte, Césarine, Amina au Togo
- A tous les senghoriens et senghoriennes, tontons et tatas de Orlane.

## Dédicaces

*Je dédie le présent travail*

*A*

*- Mes jumeaux Ashraf et Moubarak et à leur sœur Orlane.*

*- Ma mère à qui je dois tout*

*- Mon père, paix à son âme, qui avait des projets pour ses enfants et qui nous a quittés avant de tout entamer avec nous. Que le Seigneur l'accepte avec lui.*

*- A mon époux Olivier Yacoubou*

## Résumé

En Afrique la mortalité maternelle est un problème de santé publique majeur. Si selon l'OMS, le risque couru par une femme de décéder de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement est estimé à 1 sur 26 dans les pays en développement contre 1 sur 7.300 dans les pays développés et que chaque jour 3.100 nouveau-nés meurent et 2.400 sont des mort-nés, c'est que probablement les facteurs de risques de morbidité et de mortalité ne sont pas maîtrisés. Pour cela les CPN doivent être une opportunité pour mettre en œuvre des stratégies efficaces d'IEC. En effet les CPN, du fait de leur large utilisation en Afrique de l'Ouest, pourraient permettre d'appliquer des stratégies d'éducation et de communication en matière de santé pour une réduction des risques liés à la grossesse et à ses issues.

**Objectifs** : Evaluer l'évolution de la relation agents de santé et femmes enceintes, leurs familles et leurs communautés face aux risques persistants qui menacent la santé des mères et de leurs enfants. Evaluer la qualité de la communication et le degré de satisfaction des patientes des offres de CPN.

**Méthode** : Etude transversale réalisée dans le district sanitaire urbain de Bogodogo au Burkina Faso, prenant en compte les messages adressés par les prestataires de soins aux femmes enceintes et à leurs accompagnants au cours des consultations prénatales dans le CSPS du Secteur 30 (Public) et du CM St Camille (Privé).

**Résultats** : L'étude a porté sur un échantillon de 164 femmes enceintes de 25 ans d'âge moyen et les principaux résultats sont les suivants. Il existe un défaut de communication et d'éducation pour la santé maternelle et infantile imputable aux prestataires de soins. Les femmes, leurs familles et leurs communautés n'ont pas assez d'informations pour anticiper les événements. Dans 84% des cas les conjoints ont le pouvoir décisionnel de l'accès aux soins, mais ne sont associés que dans 4% des cas aux CPN et ce, uniquement dans le cadre de la prévention du VIH/sida (PTME). Les informations reçues sont relatives aux diverses formations sanitaires auxquelles les gestantes font recours : 75% des gestantes ayant reçu des informations relatives aux risques liés à la grossesse et 88% des informations relatives à la préparation à l'accouchement proviennent du privé. Concernant l'accueil, 66,3% des gestantes satisfaites proviennent du public.

**Conclusion** : Cette étude a révélé une qualité globalement insuffisante de la mise en œuvre de la stratégie de l'IEC dans le district de Bogodogo. Elle a également révélé qu'il existe des différences entre les prestations de soins du privé et public. Ceci a abouti à une proposition de solution qui est un plan de communication.

**Mots clés** : Femmes enceintes - Suivi Prénatal – Risques – Education – Communication - Burkina Faso.

## Abstract

Maternal mortality is a major public health problem in Africa. If according to WHO, the risk for a woman to die due to complications related to pregnancy or childbirth is estimated at 1 out of 26 in developing country against 1 out of 7.300 in developed countries and there are 3.100 new-born babies died and 2.400 are stillborns, it is probably that factors of risk of morbidity and mortality are not controlled. That is why antenatal care must be an opportunity to implement effective strategies of IEC. Indeed the antenatal care, because of their acceptance and use in West Africa, could make it possible to apply health education and communication strategies in view to reduce risks related to the pregnancy and its issues.

**Objectives:** Evaluate the evolution of relationship between health workers and pregnant women, their families and their communities as there are persistent risks which threaten health of mothers and their children. Evaluate the quality of the communication and the satisfaction degree of patients about offered antenatal care.

**Method:** Cross-sectional study carried out in the Bogodogo medical urban district (Burkina Faso), considering messages addressed by health workers to pregnant women and to their accompanying persons during antenatal consultations in the Sector 30 Health Center (Public) and St Camille Medical Center (Private).

**Results:** The study is based on a 164 pregnant women sample of 25 years average age and its principal results are as follows. There is a lack of communication and education for maternal and infantile health ascribable to health workers. The women, their families and their communities do not have enough information to anticipate the events. In 84% of cases spouses have the capability to decide the access of their pregnant wife to care but they are associated in only 4% of cases to the antenatal care and this, only within the aim of HIV/aids prevention (Prevention of mother-to-child HIV transmission). Received information depends on the type of medical and health center to which pregnant women make recourse: 75% of pregnant women who received information relating to risks concerning pregnancy and 88% of those who received information relating to how to prepare the childbirth went to the private medical center; while 66,3% of those who are satisfied by the reception went to the public one.

**Conclusion:** This study revealed an overall insufficient quality of the implementation of the IEC strategy in Bogodogo district. It also revealed differences between health care services in private and public centers. This led to a solution proposal which is communication plan.

## Keywords

Pregnant women -antenatal care- risks- education- communication- Burkina Faso.

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- **access** : Access to clinical and community maternal and women health service
- **BA** : Boîte à images
- **BM** : Banque Mondiale
- **CCC** : Communication pour un Changement de Comportement
- **CHR** : Centre hospitalier régional
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **CIM** : Classification internationale des maladies
- **CM** : Centre médical
- **CMA** : Centre médical avec antenne chirurgicale
- **CNLS** : Comité National de lutte contre le SIDA
- **COGES** : Comité de gestion
- **CPN** : Consultation prénatale
- **CSPS** : Centre de santé et de promotion sociale
- **DTP** : Diphtérie Coqueluche Poliomyélite
- **FAF** : Fer acide folique
- **FNUAP** : Fonds des Nation Unies pour la Population
- **HAS** : Haute Autorité de la Santé
- **IDH** : Indice de Développement Humain
- **IEC** : Information, Education, Communication
- **IFC** : Communiquer avec les Individus, les Familles et les Communautés pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile
- **IST** : Infections sexuellement transmissibles
- **MII** : Moustiquaire imprégnée d'insecticide
- **MSBK** : Ministère de la Santé du Burkina Faso
- **NV** : Naissances Vivantes
- **OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

- **ONU** : Organisation des Nations Unies
- **PF** : Planification Familiale
- **PMI** : Protection maternelle et infantile
- **PNDSBF** : Plan National de Développement Sanitaire du Burkina Faso
- **PNDST** : Plan National de Développement Sanitaire du Togo
- **PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement
- **PTME** : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
- **RF** : République Française
- **ROR** : Rougeole Rubéole et Oreillon
- **SONU** : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- **TPHA** : Treponema Pallidum Hemmagglutination Assay
- **UNGASS** : Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- **UQAM** : Université du Québec à Montréal
- **USAID** : United States Agency for International Development
- **VAT** : Vaccin anti tétanique
- **VDRL** : Venereal Disease Research Laboratory
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

## Liste des tableaux et figures

Tableau 1	Répartition des gestantes selon le niveau de satisfaction de l'accueil .....	39
Tableau 2	Répartition des gestantes selon le niveau de satisfaction du confort de la salle d'attente .....	39
Tableau 3	Répartition des gestantes selon leur connaissance sur le nombre de CPN à faire.....	40
Tableau 4	Répartition des différentes sources d'information selon les gestantes concernant le nombre de CPN.....	40
Tableau 5	Répartition des femmes selon leur connaissance sur la périodicité des différentes CPN. ....	41
Tableau 6	Répartition des gestantes selon leurs connaissances des risques liés à la grossesse. ....	41
Tableau 7	Répartition des gestantes selon leurs connaissances sur les éléments à prévenir pendant la grossesse tels que : anémie, paludisme, tétanos.....	42
Tableau 8	Répartition des gestantes selon que les différentes analyses soient demandées .....	43
Tableau 9	Les éléments du résumé avec les gestantes à la fin de la CPN .....	47
Figure 1	Niveau d'étude des gestantes .....	38
Figure 2	Catégories socio-professionnelles.....	38
Figure 3	Les différents acteurs ayant le pouvoir décisionnel à l'accès aux soins des femmes. ....	45
Figure 4	Répartition des différents acteurs associés à la CPN.....	45
Figure 5	Répartition des différents moyens de transport que préconisent utiliser les gestantes en cas d'urgence.....	46
Figure 6	Les différentes catégories d'accompagnants en cas d'accouchement ou d'urgence.....	47
Figure 7	Schéma 2 : Déterminants de la santé maternelle .....	71

## Sommaire

Remerciements .....	i
Dédicaces .....	ii
Résumé .....	iii
Abstract.....	iv
Keywords.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés .....	v
Liste des tableaux et figures .....	vii
Sommaire .....	1
Introduction.....	3
1 Problématique .....	5
1.1 Etat des lieux.....	5
1.1.1 Situation globale .....	5
1.1.2 Les causes de décès maternel.....	7
1.1.3 Les facteurs de risque associés à la mortalité maternelle.....	8
1.1.4 Rôle des CPN dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne.....	8
1.2 Justification.....	11
1.3 Question de recherche .....	13
1.4 Objectifs de recherche.....	13
2 Cadre théorique.....	15
2.1 La mortalité maternelle : Un problème de santé publique .....	15
2.1.1 Ampleur du problème .....	15
2.1.2 La notion de risque lié à la grossesse .....	17
2.1.3 Circonstance d'apparition des décès maternels .....	20
2.1.4 Place de la prévention par les actions d'éducation et de communication .....	21
2.1.5 L'éducation pour la santé et la communication.....	25
3 Cadre conceptuel : Etude menée dans le district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso .....	30
3.1 Problématique : Contexte spécifique du Burkina Faso .....	30
3.2 Hypothèse de recherche.....	31
3.3 Présentation du terrain d'étude .....	31
3.3.1 Les spécificités géopolitiques du Burkina Faso .....	32
3.3.2 Présentation de l'étude.....	36

3.4	Discussion .....	48
3.4.1	Constat général .....	48
3.4.2	Les variantes spécifiques aux différentes variables étudiées .....	50
3.4.3	Les variantes relatives aux prestataires de soins .....	55
4	Proposition : Mise en œuvre d'un projet professionnel .....	56
4.1	Plan de communication .....	56
4.1.1	Objectifs .....	56
4.1.2	Activités à réaliser : .....	56
4.1.3	Le choix des populations cibles : .....	57
4.1.4	Résultats attendus:.....	58
4.1.5	Budgétisation .....	59
4.1.6	Les différentes stratégies .....	59
	Conclusion.....	60
	Références Bibliographiques.....	61
	Annexes.....	67
	Annexe 1.....	67
	Annexe 2.....	71
	Annexe 3 : Plan de communication : Stratégie Fixe (dans les formations sanitaires)      Nom de la formation sanitaire :	72
	Annexe 4 : Plan de communication : Stratégie mobile      Zone d'intervention : .....	73
	Annexe 5 : Plan de communication : Stratégie avancée      Zone d'intervention : .....	74
	Annexe 6 : Fiche d'enquête .....	75
	Annexe 7 : Carte du Burkina Faso .....	80

## Introduction

La mortalité maternelle est un problème majeur de santé publique qui persiste dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne et Asie du Sud-est. La santé des femmes et des enfants reste la clé pour atteindre tous les objectifs de développement (Ban Ki-moon, 2010). Des progrès ont été réalisés dans le monde pour réduire les ratios de mortalité maternelle grâce à la connaissance des causes médicales. Ces progrès ont permis d'établir des politiques, des programmes et des projets d'actions. Mais il reste indispensable que l'accent soit actuellement mis sur les causes non médicales afin de déterminer des stratégies plus pertinentes (A. Prual, 1999) et plus prometteuses pour une amélioration de la santé maternelle et néonatale.

Parmi les stratégies définies pour la réduction de la mortalité maternelle, le suivi prénatal a un rôle primordial. Des investissements sont faits dans le contexte des consultations prénatales (CPN) dans les pays en développement et sont soutenus par des stratégies basées sur la notion de risque (A. Prual et al, 2002). Malgré les investissements entrepris par les organismes internationaux, nationaux et locaux, et en dépit des progrès dans le monde pour faire baisser les ratios de mortalité maternelle, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud-est représentent à eux seuls 99 % de décès maternels de causes évitables (OMS, 2007).

Les taux de mortalité maternelle en Afrique montrent que beaucoup reste encore à faire pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Parmi les raisons les plus souvent invoquées pour soutenir cette situation, les problèmes relationnels entre agents de santé et femmes enceintes, la non compréhension des messages sanitaires adressés aux gestantes et l'insuffisance de recours de ces dernières aux services de santé tiennent un rôle importante (A. Prual, 1999 ; Y. Jaffré et al, 2003). Le regard étant aujourd'hui tourné vers les prestataires de soins (Ban Ki-moon, 2010) pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants, il est donc important pour nous prestataires de soins de santé d'agir concrètement et d'unir nos actions pour une amélioration dans ce contexte.

En tant qu'actrice de la santé maternelle et néonatale dans un pays de l'Afrique de l'Ouest, nous nous sommes proposée d'étudier l'offre des soins aux femmes enceintes lors de leurs suivis prénatals au niveau de deux formations sanitaires du niveau périphérique du système de soins du Burkina Faso. L'accent a été mis sur l'éducation pour la santé et la communication dans le cadre de la perception des risques liés à la grossesse.

Le défi est de savoir comment mettre en œuvre des stratégies et programmes efficaces d'éducation et de communication en intégrant tous les acteurs pour une amélioration de la santé maternelle et infantile. Le Burkina Faso est un pays où la mortalité maternelle reste encore élevée malgré les progrès réalisés dans ce domaine ces dernières années. Il reste alors nécessaire de revoir sur le terrain les insuffisances qui persistent lors de l'offre des soins en CPN malgré les efforts fournis et qui constitueraient un frein à l'atteinte des objectifs fixés initialement pour une réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans ce pays.

Cette étude permettra aussi d'établir un plan de communication à l'endroit du Burkina Faso et du Togo sans toutefois chercher à transposer leurs réalités, parce que des études dans les pays de l'Afrique de l'Ouest ont fait ressortir des tendances communes majeures relatives à tous ces pays malgré les différentes variabilités socio-économiques (Y. Jaffré et al, 2003 ; A. Prual, 1999).

Cette étude est réalisée dans le cadre du stage de mise en situation professionnelle que nous avons effectué dans le district sanitaire urbain de Bogodogo au Burkina Faso. Ce stage entre dans le cadre de notre formation en un master en développement qu'offre l'université Senghor à ses étudiants.

Le présent mémoire s'articule autour de quatre parties.

La première partie relève la description de la problématique de la santé maternelle et néonatale, des consultations prénatales et des insuffisances des stratégies IEC, la question de recherche, les objectifs et la justification.

La deuxième partie porte sur le cadre théorique et expose l'ampleur du problème, son évolution et la définition des différents concepts.

La troisième partie présente le cadre de l'étude et les résultats obtenus.

La dernière partie est une proposition de plan de communication pour une meilleure application des stratégies d'IEC.

# 1 Problématique

Le droit à la santé n'est pas seulement constitué de prestations de soins appropriés en temps opportun, mais aussi des facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'éducation, à l'information relative à la santé notamment à la santé sexuelle et génésique (OMS, 2007).

Le présent chapitre présentera un état des lieux général de la situation de la santé maternelle dans le monde, la justification du choix de l'étude, la question et les objectifs de recherche.

## 1.1 Etat des lieux

Cet état des lieux est relatif au bilan global, aux causes de mortalité maternelle et aux facteurs de risques y afférents.

### 1.1.1 Situation globale

Deux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sur les huit fixés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) ciblent la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit de l'OMD 4 qui est de réduire des deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de l'OMD 5 qui est de réduire de trois quart la mortalité maternelle et d'assurer l'accès universel à la santé génésique permettant de sauver la vie de quatre (4) millions d'enfants et d'environ deux (2) millions de femmes pour 2015. Ce qui prouve l'ampleur de la médiocrité de la santé de la mère et de l'enfant dans le monde et plus particulièrement dans les pays en développement (OMS, 2010).

Le décès de chaque femme est une tragédie pour la femme, son conjoint, ses enfants, sa famille et sa communauté. Chaque année dans le monde, 500 000 femmes meurent suite à des complications liées à la grossesse. La majorité de ces décès survient dans les pays les moins avancés (Lori Ashforde, 2002). Près de 99 % de ces décès sont enregistrés dans ces pays où le taux de mortalité demeure élevé ou ne cesse de croître. Ce taux est en moyenne de 450 pour 100 000 naissances vivantes (NV) dans ces pays alors qu'il est de 9 à 51 pour 100 000 NV dans les pays développés. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud représentent à eux seuls 86 % des décès maternels (OMS, 2007).

En Afrique, le risque couru par une femme de décéder d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement au cours de sa vie est élevé. Ce risque est estimé à 1 sur 26 alors qu'il est de 1 sur 7.300 dans les pays développés. La mortalité néonatale n'en demeure pas moins puis qu'elle reste couplée à celle de la mère. Chaque jour 3.100 nouveau-nés meurent et 2.400 sont des mort-nés (OMS, 2005). L'Afrique de l'Ouest présente les taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, soit 1.200 pour 100 000 NV au Mali, au Niger et au Sénégal, 930 au Burkina Faso, 810 en Cote d'Ivoire (Hill K., Abou Zahr C et al, 2001 ; OMS, 1996). Au Togo ce taux est de 478 (PNDS, 2009).

Malgré les efforts multipliés dans le monde par divers organismes nationaux et internationaux, les ratios de mortalité maternelle et infantile restent toujours élevés et demeurent au cœur de nombreuses conférences internationales au cours de ces dernières décennies. Plusieurs dispositions ont été prises pour une maternité à moindre risque, notamment l'approche novatrice de l'OMS qui est de communiquer avec les individus, les familles et les communautés pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (IFC). Dans la déclaration d'Alma Ata<sup>1</sup>, l'éducation est citée en tant que premier des huit éléments essentiels des soins de santé primaire. Il reste un des éléments les plus importants contribuant à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. L'éducation à la santé et les responsabilités en la matière au sein du secteur de la santé deviennent déterminants quel que soit le contexte socio-économique, culturel ou politique (OMS, 2010).

Il est nécessaire de partir du principe que chaque décès maternel, même dans les pays pauvres en ressources, peut être évité s'il existe des données indispensables à l'élaboration des programmes visant l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Il ne suffit pas de connaître les chiffres de la mortalité maternelle et néonatale mais de comprendre quels sont les déterminants de ces décès (OMS, 2004). Une femme peut mourir parce qu'elle n'a pas bénéficié des soins obstétricaux, elle a reçu des soins inadaptés ou elle n'a pas eu accès au service de transfusion sanguine, ou encore qu'elle ne s'est pas rendue compte de la gravité des symptômes. C'est sur ce dernier aspect, qui fait ressortir l'insuffisance de l'éducation et de la communication en CPN sur la notion de risque lié à la grossesse ou à l'accouchement, que nous allons insister.

Tous les moyens peuvent être mis en œuvre pour attendre les femmes dans les formations sanitaires. Mais, si elles, leurs familles et leurs communautés ne savent pas précéder les événements, elles vont toujours perdre leur vie et celle de leurs enfants. Ce qui prouve que malgré les causes médicales notifiées dans les formations sanitaires, les causes profondes du décès peuvent être bien différentes. La localité de Rochdale, une ville industrielle de la région la plus pauvre d'Angleterre, a connu une baisse spectaculaire du taux de mortalité de plus de 900 pour 100 000 grossesses en 1928 (celui actuel de la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne et des pays de l'Asie du sud) à 280 en 1934 soit le taux le plus bas du pays à l'époque. Ce résultat a été obtenu non parce qu'il y a eu une modification en dotation en personnel ni en une augmentation sensible du budget à cet effet, mais parce qu'il y a eu des changements de mentalité et de méthodes. Une étude faite en Angleterre et au pays de Galles en 1952 sur quatre principales causes de mortalité maternelle prouve que l'information est une condition préalable pour une action efficace (OMS, 2004). Il ressort également que les principales causes de décès maternels sont aggravées par la méconnaissance par les femmes, leurs familles et leurs communautés des risques liés à la grossesse et du moment où il faut agir pour les sauver.

L'éducation inclut la communication et il n'y a pas de communication sans informations et sans rétroaction entre les différents acteurs. Pour réussir tout projet en matière de santé maternelle et infantile, la communication paraît incontournable pour le changement de comportement dans le

---

<sup>1</sup> Déclaration adoptée à Alma Ata (actuel Kazakhstan) en septembre 1978 visant à promouvoir les soins de santé primaires

contexte de l'éducation pour la santé. L'ignorance des symptômes et du moment auquel il faut rechercher de l'aide en cas d'urgence conduit inévitablement à un retard dans la prise de décision d'avoir accès aux soins dans un centre de santé. C'est là que tous les acteurs en faveur de la santé maternelle et néonatale devraient intervenir. Il incombe beaucoup plus aux prestataires de soins de mener des actions concrètes en informant les femmes en association avec leurs conjoints, familles et communautés sur les risques liés à la grossesse. Les CPN deviennent alors une occasion à saisir surtout en Afrique subsaharienne pour accélérer les actions en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Force est de constater que les faiblesses des systèmes de santé dans cette partie du monde conduisent à des prestations de soins de qualité insuffisante ne permettant pas de sauver la vie des femmes et de leurs enfants. Les formations sanitaires demeurent un champ de mésentente entre prestataires de soins et femmes enceintes (Y.Jaffré et al, 2003). Une négligence de cet aspect par les prestataires de soins serait imputable au manque de qualification ou par une volonté manifeste prouvant la méconnaissance de l'impact que peuvent avoir l'éducation et la communication lors du suivi prénatal sur l'amélioration de la santé maternelle (OMS, 2008 ; HAS, 2005).

Il existe plusieurs facteurs qui déterminent la mauvaise santé des mères ainsi que celle du nouveau-né. La survie du nouveau-né, surtout dans les pays les moins avancés, dépend de celle de la mère (OMS, 2007). Ainsi plusieurs facteurs interagissent pour créer un cercle vicieux dans lequel plusieurs causes contribuent à alourdir les ratios de mortalité maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne.

#### 1.1.2 Les causes de décès maternel

##### ➤ **Les causes directes de mortalité maternelle**

Les causes directes de mortalité maternelle représentent environ 80% de toutes les causes. Les causes médicales sont représentées par les hémorragies graves, en particulier l'hémorragie du post-partum qui représente à lui seul 25% des causes de décès maternel dans le monde. Les causes infectieuses représentent 15%, en dépit du manque d'hygiène au cours de l'accouchement, les maladies sexuellement transmissibles (MST) non traitées demeurent à l'origine de ces décès. Les troubles hypertensifs en particulier l'éclampsie sont à l'origine de 12% des décès maternels. Les avortements à risques représentent 13% et les dystocies 8% (OMS, 1999).

##### ➤ **Les causes indirectes de mortalité maternelle**

Les causes indirectes sont représentées par les pathologies préexistantes aggravées par la grossesse. Ce sont les affections à VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, etc. Il existe des facteurs de risques à ces causes qui les favorisent ou les aggravent contribuant lourdement aux décès maternels (OMS, 1999). Il faut aussi noter que les grossesses extra-utérines restent malgré tout des causes non négligeables de décès et de morbidité maternels surtout dans les pays en développement même si souvent elles sont passées sous silence, et pourtant elles constituent un véritable problème de santé publique (A. Picaud et al, 1992 ; C.M. Zaungrana et al, 1999).

L'amélioration de la santé maternelle et néonatale doit passer par la détection et la suppression des facteurs de risques liés à la grossesse par des stratégies et programmes bien ciblés. Il incombe ainsi à chaque système de santé de chaque pays ou région de définir ses priorités et de dégager des actions favorables et équitables pour améliorer la santé des mères et de leurs enfants.

### *1.1.3 Les facteurs de risque associés à la mortalité maternelle*

Les facteurs de risque associés à la mortalité maternelle varient d'un milieu à l'autre. Il s'agit des facteurs suivants :

- L'histoire génésique : l'âge est un facteur qui joue différemment en fonction que la femme soit d'un pays en développement ou non. En milieu défavorisé, les grossesses multiples ou la grande multiparité contribuent à mettre en péril le pronostic vital maternel. Dans les pays développés la tendance à une première grossesse à un âge avancé se situant autour de 35 ans et exposant ainsi la vie des mères. A ce facteur est imputée une part importante de mortalité maternelle dans les pays développés (Heffner L.J et al, 2003).
- Facteurs culturels et socioéconomiques : dans les pays en développement, les femmes ont un statut social d'infériorité. Ceci limite leur accès aux soins et à l'éducation. La femme n'a pas le pouvoir de décider de l'accès aux soins de santé et surtout de santé génésique. Le poids de certaines pratiques culturelles constitue un véritable obstacle pour l'accès aux soins en temps réel et au moment opportun (OMS, 1999). L'alimentation, souvent à la base, privilégie les enfants du sexe masculin induisant un cercle vicieux de carence nutritionnelle chez la jeune fille qui sera mère plus tard. Les femmes sont souvent analphabètes. A ce propos, une étude a montré qu'il existe une corrélation entre le niveau d'éducation des femmes et le taux de mortalité maternelle et néonatale (Lise Beck, 2009).
- Les services de santé et la qualité des soins : la configuration et la faible couverture des services de santé limitent l'accès aux soins des populations. La qualité défectueuse de l'accueil limite considérablement l'accès aux informations indispensables pour un meilleur état de santé maternelle et infantile.

Pour pallier à ces facteurs, les CPN devraient être une occasion à saisir.

### *1.1.4 Rôle des CPN dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne*

Les CPN connaissent un succès réel auprès des femmes en Afrique de l'Ouest. Elles devraient à cet effet être une grande opportunité pour une communication de qualité en ce qui concerne l'état de grossesse des femmes, et de la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (Pruhal et al, 2002). Des soins prénatals de qualité ne consistent pas seulement à prendre en charge les complications de la grossesse. Les femmes sont le principal groupe d'utilisateurs des soins qui sollicite activement et de plein gré les services de santé. Ceci induit d'énormes possibilités d'utilisation de ces

services comme point de départ pour les programmes et stratégies d'éducation et de communication jusque là non suffisamment exploitées. Les CPN offrent trois créneaux importants souvent négligés.

D'abord les CPN devraient être l'occasion de promouvoir les modes de vie favorables à la santé, lesquels pourraient contribuer à long terme à améliorer les issues sanitaires pour que les femmes et leurs enfants puissent mieux vivre. Ensuite elles devraient permettre de parler de la planification familiale. Enfin, elles devraient permettre d'établir un plan de naissance, et en dehors de planifier les naissances, être une occasion pour donner des informations essentielles à la femme et sa famille sur les événements imprévus pouvant survenir et comment les gérer (OMS, 2008). Il n'est pas rare de constater que les prestataires de soins ne maîtrisent pas ou négligent ce dernier aspect. La préparation à la naissance consiste notamment à prévoir le lieu où la femme va accoucher, l'agent qualifié qui doit l'assister et l'accompagnant qu'elle souhaite avoir à ses côtés en ce moment là ; à déterminer le centre de santé le plus proche et les moyens nécessaires pour assurer les coûts associés à l'accouchement (éventuelles urgences et organisation du transport) ; à trouver un donneur de sang compatible en cas d'urgence. Malheureusement tous ces éléments ne sont pas pris en compte par les prestataires de soins et l'urgent devient patent exposant fortement la vie de la mère et son enfant (OMS, 2002).

#### ➤ **Les CPN et la communication**

Il y a une insuffisance en matière de communication. Les prestataires de soins se concentrent la plupart du temps à la surmédicalisation qui peut s'avérer plus dangereuse que bénéfique. La CPN reste aujourd'hui plus une rituelle que des interventions efficaces. La plupart des actes posés présentent peu d'intérêt scientifique. Il n'est pas rare que les femmes se plaignent du manque de coopération et de gentillesse des agents de santé (Y. Jaffre et *al*, 2003), et du manque de participation de leur conjoint aux CPN. Certains hommes sont réticents à renoncer au temps de production, ce qui peut retarder l'accès aux soins à leurs femmes du fait du manque d'autonomie de ces dernières (Josephine B. et *al*, 2008). Ces manquements ne permettent pas de poser des actes concrets pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. La grossesse est une période où doivent être entrepris le dialogue sur la santé et les questions pertinentes susceptibles d'être évoquées pour que la grossesse, l'accouchement et les suites de couches puissent se dérouler normalement (Villar J. et Bergs P., 1997 ; HAS, 2005 ; OMS, 2008).

Le conseil au rôle maternel passe par la communication et la qualité de cette communication entre l'agent de santé et la femme y joue énormément (OMS, 2005 ; HAS, 2005), sans oublier le soutien familial dont l'accouchée aura besoin. Il faut aussi relever la question des multipares dans nos milieux qui, selon notre expérience, pensent que lorsqu'elles ont des grossesses de rang élevé, elles en sont expérimentées. Ainsi elles croient que les CPN n'ont plus grand intérêt pour elles parce qu'elles sont sûres qu'ayant des antécédents d'accouchements eutociques, elles ne courent plus le risque de complication et/ou de décès. Toutes leurs familles pensent aussi la même chose. Cette situation fait qu'il faut négocier pendant longtemps pour faire une césarienne ou poser un autre acte chirurgical dans le cadre des SONU. Cela s'avère plus délicat lorsque les femmes viennent des milieux ruraux ou défavorisés. Et pourtant elles sont exposées à un très haut risque de décès ou de morbidité. Lorsqu'il y

a des manquements au cours du déroulement des CPN et que les informations sont insuffisantes pour les convaincre qu'elles sont à haut risque, le pire ne peut qu'arriver, sans oublier les primipares le plus souvent très jeunes et sans expérience. Il faut noter que chaque grossesse quelque soit son âge expose la vie de la gestante et par conséquent l'agent de santé est tenu de donner des informations nécessaires et essentielles aux femmes, leurs familles et leurs communautés en vue d'un choix éclairé du mode de vie qu'elles auraient à adopter. La qualité de la communication figure dans les quatre orientations définies par l'OMS pour mieux réaliser les CPN. C'est ainsi une preuve qu'il est important et obligatoire de donner des informations essentielles et de qualité aux femmes enceintes et à leurs familles (OMS, 2005 ; HAS, 2005).

Parmi les actions menées pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso, figure l'amélioration de la qualité des prestations de soins, l'utilisation des services de soins, l'éducation et la communication pour la santé (PNDSBF, 2001-2010).

Il ressort dans plusieurs écrits que les stratégies qui consistent à évaluer le risque au cours de la surveillance prénatale ont montré leurs failles et les meilleurs prédicateurs du risque maternel sont ceux établis à proximité de l'accouchement (Awa Coll-Seck et al, 2000). Mais il est important de reconnaître que les CPN ont un rôle à jouer en Afrique subsaharienne, du fait de la faiblesse des systèmes de soins et l'opportunité souvent unique de contact des femmes enceintes avec les formations sanitaires. Dans le même sens il faut noter que, s'il y a un relâchement des prestations de soins lors du suivi prénatal des femmes enceintes, les conséquences peuvent être fâcheuses, surtout dans les milieux pauvres et défavorisés où les accouchements se font sans l'assistance des agents de santé qualifiés. Les femmes qui ne reçoivent pas les soins professionnels courent plus le risque de récupérer moins rapidement et peuvent présenter des problèmes de santé mentale et physique (Josephine B. et al, 2008).

Le rejet des stratégies de CPN peut s'expliquer dans les régions où les systèmes de soins sont mieux organisés et où des recherches sont permanentes pour préserver la vie des mères et de leurs enfants. L'Afrique subsaharienne n'est pas encore à ce stade et faute de moyens, les systèmes de santé de ces pays doivent s'appuyer sur celles existantes pour intégrer de nouvelles stratégies et améliorer celles qui existaient. Le problème demeure dans le rejet de toutes stratégies anciennes, souvent sans étude préalable pour affirmer ou infirmer leur efficacité. Dans les milieux à fort taux de mortalité maternel, il reste nécessaire de tenir compte de toutes les composantes qui interviennent dans la prise en charge intégrée des femmes enceintes de la période prénatale, de l'accouchement au post-partum. Les CPN deviennent alors la cible pour une bonne application des réformes entreprises pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale y compris la planification familiale (OMS, 2008). L'opportunité devrait être saisie pour donner des informations essentielles en ce qui concerne les risques liés à la grossesse et comment les éviter ou les gérer (République du Niger, 2008 ; OMS, 2008). La CPN a encore un rôle important à jouer en Afrique occidentale vu le taux de participation des femmes (A. Prual et al, 2002). Ce taux y est de 85% en 2006 (BM, 2010). Au Burkina Faso, il est de 96% à Ouagadougou la capitale et de 53% en milieux ruraux (A. Prual, 1999). Il existe une disparité entre les milieux urbains et les milieux ruraux, donc une absence d'équité à l'accès des femmes aux soins. Miser sur la première CPN

même si elle est tardive en Afrique par des actions de prestation de qualité, permettrait aux femmes enceintes, leurs familles et communautés d'avoir des informations essentielles, de qualité sur les risques liés à la grossesse et au besoin comment les gérer sans se substituer aux prestataires de soins. La communication bien pensée devrait être à la base des programmes cibles en matière de santé maternelle et néonatale (Marie-Thérèse A. S., 2007). « *Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité* » (HAS, 2006, p. 3). Cette préparation à la naissance se base sur les relations prestataires de soins femmes enceintes leurs conjoints et leurs familles, et de ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés. Tel n'est sûrement pas le cas dans la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne. Les prestataires de soins sont accusés d'être responsables de la mauvaise qualité de l'accueil et d'avoir un défaut qui est une approche non humaniste dans les prestations de soins lors du suivi prénatal des femmes enceintes. Ces manquements n'encouragent pas les femmes à solliciter au mieux les formations sanitaires (Y.Jaffré, 2003 ; J-P Olivier de Sardan, 1999 ; A. Prual et al, 2002). La démarche des suivis prénatals par intégration de la préparation à la naissance et à la parentalité permet la communication d'informations sur les différents facteurs de risque et comportements à risque et sur les possibilités offertes par le système de santé, le développement de compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue d'accueillir et prendre soin de son enfant (HAS, 2005).

L'information, l'éducation et la communication (IEC) ont toujours été utilisés comme une des stratégies clés pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Mais leur application sur le terrain rentre dans un contexte de routine dépourvu de tout intérêt pour les femmes (Y. Jaffré et al, 2003). Comme les progrès en Afrique subsaharienne n'ont été que lents dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle et infantile, il s'avère donc important d'évaluer ces différentes stratégies afin de les améliorer ou d'en proposer d'autres. Il ne s'agit plus de donner des informations mais d'intégrer les populations par une communication de qualité afin les emmener à prendre de bonnes décisions dans le cadre de l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur état de santé. Une telle approche implique une synergie entre les activités de recherche par action de plaidoyer, de communication, d'information et d'éducation en collaboration avec les individus, leurs familles et leurs communautés. Il est reconnu la valeur de la communication que ce soit à travers les programmes ou les stratégies en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (OMS, 2003).

## 1.2 Justification

Il serait essentiel de faire l'état des lieux pour évaluer l'éducation et de la communication pour la santé ; que ce soit à travers les programmes ou stratégies en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Surtout que les prestataires de soins intervenant en santé maternelle et infantile sont pointés du doigt pour la qualité défectueuse de leurs prestations, de leurs relations avec leurs clientes et qu'ils constitueraient un frein à l'accès aux soins des femmes. Ces freins contribuent à maintenir les ratios de mortalité maternelle et néonatale élevés surtout en Afrique subsaharienne (Y.Jaffré et al,

2003, A. Prual et *al*, 1999 ; Fabienne Ricchard et *al*, 2008). Lorsqu'on sait que les relations efficaces entre prestataires de soins et bénéficiaires passent toujours par la qualité de la communication et de l'éducation, il est donc important d'œuvrer pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile en intégrant réellement ces différents aspects. Il est important lorsqu'un pays ou une région de l'Afrique subsaharienne connaît une amélioration dans le cadre de la santé maternelle et infantile, de faire l'état de lieux dans le but de dégager les stratégies pertinentes mises en œuvre, de dégager les points à améliorer pour le renforcement des stratégies qui présentent des insuffisances et de faire des propositions pour faire progresser davantage la réduction des ratios de mortalité maternelle et infantile dans ce pays ou cette région. Ces progrès peuvent servir d'exemple à d'autres pays dans le même contexte, puisque dans tous les cas, des études ont prouvé qu'il existe de fortes tendances communes relatives au mauvais état de la santé maternelle et infantile à tous les pays de l'Afrique de l'Ouest (A.Pruval, 1999 ; Y. Jaffré et *al*, 2003).

C'est ce qui motive notre choix de faire l'état des lieux en matière de l'éducation et de la communication lors des CPN pour évaluer les messages adressés aux femmes enceintes et à leurs accompagnants dans la perspective de la perception des risques liés à la grossesse au niveau du centre de santé et promotion social (CSPS) du secteur 30 et du centre médical (CM) Saint Camille dans le district sanitaire urbain de Bogodogo au Burkina Faso. Le défi est de savoir comment renforcer ou mettre en œuvre des stratégies et programmes efficaces d'éducation et de communication pour la santé en intégrant tous les acteurs pour une amélioration de la santé maternelle et infantile. L'expérience de notre stage au Burkina Faso nous a permis de vivre la réalité du terrain en plus de celle que nous avons acquise dans l'exercice de nos fonctions en tant que prestataire de soins. Ainsi nous avons pu constater qu'il y a des stratégies concrètes d'IEC qui sont effectives, de même qu'il y a des difficultés de leur mise en œuvre sur le terrain. C'est aussi la réalité sur le terrain au Togo. Le Burkina Faso est un pays en développement classé comme pays très pauvre très endetté. Mais malgré tout, si ce pays a connu une amélioration de la santé maternelle de 1990 à 2008 alors que le Togo et plusieurs autres pays de la sous région sont restés presque stationnaires durant cette même période dans ce domaine malgré la richesse de certains d'entre eux en ressources économiques et leur situation d'aide tels que la Cote d'Ivoire et le Sénégal (Y. Jaffré et *al*, 2003), il serait intéressant de réagir en se basant sur l'exemple pour promouvoir la santé maternelle et néonatale dans les pays de l'Afrique de l'Ouest où de grandes avancées n'ont pas été réalisées dans ce domaine. L'étude que nous nous sommes proposé d'effectuer pourrait nous permettre de proposer des stratégies d'éducation pour la santé des mères et de leurs enfants et de la communication pour un changement de comportement effectif dans le cadre des CPN. Dans un premier temps faire des propositions pour aider à renforcer la qualité des prestations de soins lors des suivis prénatals au Burkina Faso, et dans un second temps faire une proposition d'un plan de communication dans le cadre également de l'amélioration des prestations des services CPN pour le Togo où les ratios de mortalité maternelle sont restés élevés et stationnaires ces dernières décennies sans toutefois chercher à transposer les réalités des deux pays, même si les technologies des prestations de soins de santé sont universelles, il existe une variabilité propre à chaque pays.

Le Togo pas moins que le Burkina Faso dispose d'un cadre économique et socioculturel favorable pour mettre en œuvre des stratégies efficaces d'éducation et de communication pour une amélioration de la santé maternelle et infantile. L'indice de développement humain (IDH) en 2009 est de 0,428 pour le Togo donc plus élevé que celui du Burkina Faso qui est de 0,305, mais ils sont tous les deux faibles. Il fait noter que l'IDH est une mesure composite de la santé, de l'éducation et du revenu d'un pays. Le Burkina Faso est l'un des dix pays les moins performants pour l'IDH en 2010 (PNUD, 2010). Ce qui prouve que sur le plan économique le Togo est mieux situé que le Burkina Faso pour une amélioration de l'offre des soins lors des suivis prénatals des femmes enceintes tout en intégrant tous les acteurs concernés par ce volet. Nous tenons à préciser que dans le cadre PNDST, parmi les principaux axes stratégiques à mener pour l'amélioration de la santé couple mère-enfant, l'augmentation de l'utilisation des services vise les actions de la promotion des soins prénatals, de la planification familiale dans le cadre de la PTME et de la mise en place d'un plan marketing social pour l'utilisation des services. Pour la réduction du taux de malnutrition des enfants de 0 à 5 ans il faut développer des activités de sensibilisation sur les bonnes pratiques alimentaires lors des séances de CPN et destinées au grand public en ciblant non seulement les femmes mais aussi les hommes (PNDST, 2009-2013). Il ressort ainsi que les CPN demeurent une composante incontournable pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants et que les actions d'éducation pour la santé et la communication restent primordiales.

### 1.3 Question de recherche

Malgré les progrès réalisés dans ce domaine ces dernières années, la mortalité maternelle reste encore élevée au Burkina Faso. Parmi les outils utilisés lors des CPN, les stratégies d'éducation et de communication sont-elles basées sur la notion de risques liés à la grossesse et réellement intégrées par les prestataires de soins lors des CPN ?

### 1.4 Objectifs de recherche

#### ❖ Objectif général

Evaluer l'intégration par les prestataires de soins des stratégies d'éducation et de communication sur l'approche basée sur la notion de risque lors des suivis prénatals des femmes enceintes dans les formations sanitaires du niveau périphérique du système de soins au Burkina Faso.

#### ❖ Objectif spécifiques

1- Relever l'importance que revêtent l'éducation et la communication dans les prestations de soins basés sur la notion de risque lors des CPN ainsi que leur contribution à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

- 2- Evaluer les messages adressés aux femmes enceintes et à leurs accompagnants dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies d'éducation et de communication lors des suivis prénatals dans le district urbain de Bogodogo au Burkina Faso.
- 3- Au vu des résultats obtenus, faire des propositions pour le renforcement des programmes et stratégies d'éducation et de communication adressées au Burkina Faso et proposer un plan de communication adressé au Togo.

## 2 Cadre théorique

### 2.1 La mortalité maternelle : Un problème de santé publique

#### 2.1.1 Ampleur du problème

##### *Evolution de la santé maternelle dans le monde*

Dans le monde en général peu de progrès ont été réalisés pour la réduction de la mortalité maternelle et dans la plupart des 68 pays du compte à rebours dans le cadre de l'atteinte de l'OMD5, l'évolution n'est pas assez rapide pour atteindre cet objectif en 2015 (OMS, 2010).

Des efforts sont toujours fournis pour une amélioration de la santé maternelle et périnatale dans le monde en général et en particulier dans les pays à faibles revenus. Malgré tous ces efforts, la mortalité maternelle et néonatale reste un fléau, un drame pour les femmes et leurs familles. Il y a peu de signes d'amélioration de la santé maternelle dans les pays en développement, la grossesse, l'accouchement, et leurs conséquences demeurent les principales causes de décès, de maladies et d'incapacité chez les femmes dans ces pays (Jacques F., 2006). Dans le cadre de la réalisation des OMD 4 et 5, peu de progrès ont été réalisés en Afrique subsaharienne. Mais il faut aussi préciser que certains pays comme l'Egypte et la Bolivie sont parvenus à réduire le taux de mortalité maternelle tout récemment (OMS, 2010). Moins de 1% des décès maternels surviennent dans les pays à revenu élevé, alors que la plupart des décès maternels surviennent aujourd'hui en Afrique subsaharienne et en Asie. Il existe néanmoins un certain sentiment de progrès qui, en s'appuyant sur le suivi, les indicateurs, montrent une augmentation sensible des consultations pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement au cours des années 90 dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne (Jacques F., 2006). Dans les 68 pays où ont lieu les 95% des décès maternels et infantiles, les progrès intervenus entre 2000 et 2010 sont encourageants, mais pas dans tous les pays. Il faut noter que 19 pays inclus dans le compte à rebours sont dans le temps pour l'atteinte de l'OMD 4 (OMS, 2010).

Ainsi, il ressort dans tous les discours que chacun sait ce qui marche ou fonctionne, mais rarement s'interroge sur le comment mettre en œuvre ce qui marche pour sauver la vie des mères et de leurs enfants (Ban Ki-moon, 2010 ; Fabienne Richard et al, 2008). L'amélioration de la santé maternelle et néonatale reste toujours au centre de tous les discours de santé et des préoccupations de tous les acteurs de développement. Dans la plupart des faiblesses relevées, les obstacles financiers ressortent au premier plan, alors qu'ils ne représentent qu'une infime partie des solutions pour aboutir à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. L'exemple de la Malaisie et du Sri Lanka en est la preuve car ayant connu une réduction impressionnante des ratios de mortalité maternelle et périnatale en se basant sur l'approche de cette problématique par des stratégies interdépendantes (Fabienne Richard et al, 2008). Le Sri Lanka, un pays à faible revenu est parvenu à réduire de 87% la mortalité

maternelle au cours des 40 dernières années en faisant de sorte que 99% des femmes enceintes bénéficient de quatre CPN et accouchent dans un établissement de santé assistées par un personnel qualifié (Ban Ki-moon, 2010). Cette vision des choses permet à chacun de voir comment œuvrer dans son domaine pour contribuer à l'amélioration de la santé des mères et de leurs enfants.

Les prestataires de soins sont les plus interpellés et doivent faire en sorte que les femmes et les enfants aient accès à un ensemble universel de prestations garanties, notamment l'information et les services en matière de planification familiale ; les soins prénatals, néonataux et postnatals ; les SONU ; puisque les femmes se rendent volontairement aux CPN mais ne font pas suffisamment recours à l'assistance des agents de santé qualifiés pour l'accouchement et pour l'espacement de leurs naissances (Fabienne Richard et al, 2008, Ban Ki-moon, 2010). Si le taux de participation aux CPN des femmes enceintes a augmenté et a été de 85% en 2006 (BM, 2010), il est normal que les taux des accouchements assistés augmentent et suivent la même ligne y inclus les grossesses qui se terminent par des avortements, étant donné que les phénomènes qui s'associent à la terminaison d'une grossesse restent imprévisibles. Et dans ce contexte, des études révèlent que seulement 34% des femmes provenant des ménages défavorisés ou pauvres bénéficient de l'aide d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement (Fabienne Richard et al, 2008). Normalement l'aboutissement des CPN est que les femmes accouchent dans des conditions sécuritaires assistées par des prestataires de soins qualifiés, puisque l'accouchement assisté d'une aide qualifiée est considérée comme l'intervention la plus importante pour une maternité à moindre risque, vu qu'elle permet de réagir de manière adéquate et opportune aux situations d'urgence parfois imprévisibles et potentiellement mortelles (Fabienne Richard et al, 2008). Selon ces constats, il ressort qu'il existe des obstacles à l'accès aux soins obstétricaux de qualité. Plusieurs études relèvent des obstacles financiers, le mauvais accueil des femmes enceintes lors des CPN, les insuffisances propres aux séances d'IEC, la non préparation à l'accouchement ou à d'éventuelles complications contribuent à alourdir les ratios de mortalité maternelle et périnatale dans les milieux défavorisés (A. Prual et al, 2002 ; Y. Jaffré et al, 2003 ; Fabienne Richard et al, 2008).

Mais globalement, la proportion d'accouchements qui se sont déroulés en présence d'un accoucheur qualifié a augmenté de 24 % au cours des années 90, les césariennes ont triplé et le recours aux soins prénatals a augmenté de 21 % (Jacques F., 2006).

#### *Spécificité de l'Afrique subsaharienne*

La mortalité maternelle élevée, les grossesses précoces, les avortements faits dans de mauvaises conditions de sécurité, les maladies sexuellement transmissibles trop courantes y compris le VIH/sida sont les conséquences de l'impact socio-économique en Afrique subsaharienne. La santé maternelle et infantile reste liée à ce contexte qui fait l'objet de multiples programmes, mais qui ont encore du mal à faire évoluer les indicateurs de santé maternelle et infantile dans un sens souhaité et attendu (Awa Coll-Seck et al, 2000). Le situation catastrophique de la santé des mères et de leurs enfants dans cette partie du monde particulièrement vulnérable doit éveiller la conscience des pouvoirs politiques au plus haut niveau, et la mise en œuvre effective du programme de la maternité sans risque focalisé sur la

mobilisation communautaire, un système de soins prénatals et obstétricaux performants, décentralisés et une approche multifactorielle. La mortalité maternelle en Afrique subsaharienne est "*une honte*"<sup>2</sup> de notre époque, les ratios de mortalité maternelle y sont supérieurs à 1 000 pour 100 000 NV surtout dans les milieux défavorisés. Une enquête MOMA menée dans six pays de l'Afrique de l'Ouest a révélé que le taux de mortalité maternelle, non compris le premier trimestre de grossesse, est de 263 pour 100 000 NV dans les capitales et dépasse 850 en zone rurale (Awa Coll-Seck et al, 2000).

Les pays du compte à rebours en Afrique subsaharienne sont en retard bien que quelques uns voient la situation s'améliorer (OMS, 2010) et c'est en Afrique subsaharienne que la mortalité maternelle est de très loin la plus élevée (Jacques F., 2006).

### 2.1.2 La notion de risque lié à la grossesse

Il serait judicieux de définir les différents concepts afin de relever leur rôle.

#### *Concepts et définition*

##### ➤ **La mortalité maternelle :**

Nous avons retenu la définition principale de l'OMS, dans la CIM-10, de la mortalité maternelle comme étant « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni fortuite ni accidentelle* » (OMS, 1993).

##### ➤ **Mortalité néonatale**

La mortalité néonatale se définit comme « *tout décès d'un nouveau-né survenu de la naissance jusqu'à 28 jours de vie* » (République du Niger, 2008).

##### ➤ **Facteurs de risques**

Les facteurs de risques sont des caractéristiques liées à la constitution biologique d'un individu, à son environnement, sa culture, ou son monde de vie et qui à l'intérieur d'un groupe font qu'il soit particulièrement plus exposé à la maladie ou à une complication. Ces facteurs peuvent exercer leurs effets isolément ou s'inscrire dans un cercle vicieux variant avec les conditions individuelles, socio-culturelles, économiques et écologiques (OMS, 1978).

Les femmes et les enfants font partie dans toutes les collectivités des groupes les plus vulnérables à la maladie, à la morbidité et à la mort. Cette situation tient bien des caractéristiques qui, sur le plan génétique, de la croissance et du développement sont intrinsèques à l'état de grossesse et au jeune âge (OMS, 1978).

---

<sup>2</sup> Selon Awa Coll-Seck et al, 2000

La prise en compte réelle des groupes les plus vulnérables permet l'équité. Les stratégies qui tiennent compte des facteurs de risque deviennent des outils de gestion dans les prestations et les interventions de soins de santé. Le but est d'assurer à tous de meilleurs services tout en privilégiant ceux qui en ont le plus besoin. Cette prise en compte permet de rationaliser les maigres ressources disponibles dans le secteur de la santé, surtout dans les pays en développement pour des actions efficaces préventives, de l'offre de soins et du traitement (OMS, 1978).

### *Données épidémiologiques*

#### *Principaux risques et dépistages possibles*

Plusieurs études ont montré par exemple qu'avorter pour éviter une grossesse peut être dangereux. Les avortements illégaux, pratiqués par des personnes non qualifiées entraînent la mort de 100 000 à 200 000 femmes chaque année. C'est également prouvé dans le contexte de la planification familiale que logiquement, les femmes de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans ayant déjà donné naissance à quatre enfants ou plus avec une grossesse présentent un grave danger pour leur santé et celui de leurs enfants. Au Nigéria, une étude sur les accouchements réalisés en milieu hospitalier chez 22 774 femmes révèle que les moins de 15 ans (représentant 6% des accouchements) contribuent à 30% des décès maternels. Les femmes âgées de 40 ans et plus courent 3 à 5 fois plus de risque que les femmes qui se situent dans une tranche d'âge de 20 à 24 ans selon des études réalisées au Venezuela, au Sri Lanka, et en Angleterre indépendamment de la parité (A. Prual, 1999). C'est aussi un risque accru de morbidité ou de mortalité maternelle et néonatale en l'absence d'une assistance au cours de l'accouchement par un agent de santé qualifié et compétent (OMS, 1993).

Il existe une multitude de facteurs de risque en dehors des facteurs sanitaires classiques. Ces facteurs sont la pauvreté, l'analphabétisme ou l'illettrisme, le milieu naturel, les obstacles sociaux et géographiques, l'accès même aux services de santé. Parlant des facteurs sociaux, une étude réalisée au Rwanda montre que l'analphabétisme ou l'illettrisme du père et de la mère augmente le risque de décès du nouveau-né avant l'âge de un (1) mois de 2,2 fois que celui du nouveau-né dont la mère et le père savent lire (Lise Beck, 2009). Chaque région doit savoir définir ses propres facteurs de risques en fonction des contextes communautaires, familiaux et individuels à chaque âge de la vie afin de mieux définir les stratégies efficaces de santé maternelle et néonatale. La qualification des différentes situations sanitaires ou sociales liées à l'accroissement du risque de maladie et de décès permet de distinguer les risques relatifs et les risques imputables afin de faire quelque chose pour tous, mais davantage pour ceux qui en ont le plus besoin (R.H.Hart et al, 1991).

La qualité des CPN passe par une aptitude des prestataires de soins à dépister les multiples facteurs de risque. Une étude réalisée chez 3 367 femmes enceintes à Ouagadougou au Burkina Faso, dans le cadre d'une étude multicentrique menée dans six pays de l'Afrique de l'Ouest avait révélé que les six facteurs de risque suivants : césarienne, tension artérielle avec un minima supérieur à 10, nulliparité, mort in utéro, taille inférieur à 1m50, poids supérieur ou égal à 80 kg avaient une liaison significative

avec la morbidité maternelle sévère. Cette étude a permis à partir des facteurs de risque identifiés de réaliser un score dans le but d'établir une fiche de dépistage de risque basé sur ce score (Ouedraogo C et al, 2001).

Comme cité précédemment, en dehors des différents facteurs classiques que sont par exemple la primiparité, la multiparité, une grossesse au début ou à la fin de l'âge de procréation qui contribuent à la mortalité maternelle et néonatale, les antécédents obstétricaux défavorables, les états morbides, il existe une multitude de causes qui entravent la santé des mères et de leurs enfants (OMS, 1978). Ces facteurs varient en fonction des pays et à l'intérieur d'un même pays d'où la complexité de leur détermination et de leur prise en charge. Ces facteurs sont entre autres la pauvreté, le milieu rural où les infrastructures matérielles, financières et humaines sont insuffisantes, le monde en développement, l'analphabétisme, les pratiques culturelles, le manque d'information, l'inadéquation des services de santé (OMS, 2010). Même si ces derniers risques cités représentent des facteurs sous-jacents de la mortalité maternelle et infantile, il est important que leur prise en charge soit effective si l'on veut promouvoir la santé maternelle et infantile. S'il existe des formations sanitaires à proximité des populations, s'ils disposent des prestataires de soins qualifiés, et même si les soins sont gratuits, si les populations n'ont pas conscience de leur droit en matière de santé et n'adhèrent pas, elles n'y feront pas recours si les pratiques culturelles les y obligent et si elles ne comprennent pas que certains de ces facteurs peuvent être néfastes pour leur santé. Le rôle des prestataires de soins ici est de prendre en charge les populations en leur donnant des informations appropriées. L'accès des femmes aux soins est important, pour cela il faut définir des actions qui les encouragent à y faire recours par leur pleine participation et celle de leurs familles et communautés.

L'accès à la planification familiale (PF) doit se définir sur la base de l'éducation et de la communication pour permettre aux populations de comprendre le bien fondé des méthodes contraceptives afin d'adopter des comportements favorables qui vont permettre d'améliorer la santé des femmes. Si un conjoint dans un milieu où les femmes se marient avant l'âge de la maturité ne comprend pas le bien fondé de la PF, il ne fera pas recours aux services et empêchera probablement sa femme d'avoir accès. L'étendu du risque étant lié aux facteurs individuels et environnementaux qui sont en relation statistique avec telle ou telle issue, il est difficile pour nous de citer tous les risques auxquels les femmes et leurs enfants sont exposés. Si un facteur de risque donné est en relation avec l'état de santé et entraîne une grande probabilité de mort maternelle ou fœtal, si ce même facteur est fréquent ou rare dans une communauté, son impact sur la mortalité maternelle ou néonatale sera fréquent ou rare et fera ainsi de lui une priorité ou non dans les approches stratégiques d'amélioration de la santé maternelle et infantile (OMS, 1978).

#### *Actions en faveur de la santé maternelle et néonatale*

Les actions à mener au cours des CPN peuvent avoir des incidences sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale surtout en Afrique subsaharienne (A.Pruval et al, 2002). Les CPN ayant encore un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale, il est nécessaire de comprendre

dans quelles mesures elles peuvent permettre d'appréhender les risques liés à la grossesse. L'étude de l'impact de l'éducation et de la communication sur la notion de perception des risques liés à la grossesse et à l'accouchement permettrait d'adopter des comportements favorables à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Plusieurs stratégies ont été définies en fonction de chaque type de pays, de chaque région, et en se situant dans les différents contextes politiques, socioculturels et économiques pour une amélioration de la santé maternelle et infantile. Mais il existe des stratégies plus générales de santé qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays et qui doivent être améliorées ou intégrées réellement dans les programmes prioritaires de santé pour une amélioration de la santé de la mère et de son enfant (OMS, 1999).

Dans le cadre de notre étude, nous proposons de relever l'impact que peuvent avoir l'éducation et la communication en consultation prénatale sur la perception des risques liés à la grossesse dans le but de mener une lutte effective contre la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso et au Togo. Dans ce sens l'exemple du Sri Lanka en est la preuve. Ce pays a obtenu une diminution impressionnante de la mortalité maternelle en un laps de temps. De plus de 1500 décès maternels pour 100 000 NV entre 1940 et 1945, ce taux est tombé à 30 décès actuellement. Cette évolution a été favorisée par la mise sur pied des interventions sanitaires efficaces notamment celles basées sur l'éducation et la communication en matière de santé maternelle et néonatale. La Chine, le Cuba et la Malaisie ont également connu cette évolution. Ce qui prouve que la richesse d'un pays n'est pas forcément le déterminant le plus important de la mortalité maternelle. Pour aboutir à ces résultats, ces pays ont mis en place des services communautaires de santé maternelle et en assurant les soins lors de la période prénatale, de l'accouchement et du post-partum (OMS, 1999). Le suivi prénatal de bonne qualité reste ainsi déterminant dans les actions à mener contre les décès maternels et périnataux.

#### *Sauver la vie des mères et de leurs enfants*

Pour sauver la vie des femmes et de leurs enfants, il existe des solutions médicales bien approuvées qui peuvent permettre de prévenir ou de prendre en charge les complications liées à la grossesse et à l'accouchement (OMS, 2010). Mais, certaines complications sont imprévisibles, pour cela il ne faudrait pas attendre que les risques aboutissent aux complications pour réagir, il vaut mieux prévenir. Il est donc impératif que toute femme ait accès aux soins prénatals, bénéficie d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement et reçoive des soins de soutien au cours des semaines qui suivent l'accouchement (OMS, 2010). Il ressort ici l'importance capitale que revêtent les CPN, la promotion de la santé qui implique l'éducation et la communication pour une bonne santé maternelle et néonatale.

#### *2.1.3 Circonstance d'apparition des décès maternels*

Les décès maternels sont en général en rapport avec les déterminants sociaux de la santé. Ils se produisent là où il existe des inégalités profondes entre les riches et les pauvres, entre les populations urbaines et rurales, entre les pays industrialisés et les pays en développement (OMS, 2010).

#### 2.1.4 Place de la prévention par les actions d'éducation et de communication

Cette prévention doit être intégrée aux prestations des soins lors du suivi prénatal

##### *Consultation prénatale*

###### *Définition*

La consultation prénatale est la prise en charge globale de la femme enceinte et de (ou des) l'enfant(s) qu'elle porte, par un personnel qualifié et dans une formation sanitaire (OMS, 2009).

Lorsqu'on parle de prise en charge globale il ne s'agit pas de donner seulement des soins curatifs ou de routine mais, d'intégrer toutes les composantes y afférentes (OMS, 1999).

La grossesse n'étant pas une maladie, les déterminants de la santé maternelle et néonatale sont multifactoriels et nécessitent ainsi une approche multidisciplinaire. Pour cela, les actions orientées vers une réduction de la mortalité maternelle et néonatale doivent avoir une approche très variée (OMS, 1999 ; OMS, 2008).

###### *Objectifs des CPN*

Les soins prénatals donnent l'occasion de promouvoir les avantages de la présence d'un prestataire compétent lors de l'accouchement et d'encourager les femmes à solliciter les soins du post-partum pour elles et pour leurs nouveau-nés (USAID, 2007).

Les CPN sont un point d'entrée permettant aux femmes de recevoir toute une gamme de services de santé qui inclut obligatoirement la promotion et la prévention dont l'appui nutritionnel et la prévention de l'anémie, la prévention, le dépistage et le traitement du paludisme, de la tuberculose, IST/VIH/sida, de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et la vaccination anti tétanique (VAT) (USAID, 2007 ; OMS, 2008).

Ils doivent être un continuum des soins de foyer à l'hôpital, et tout au long de ce continuum, la mobilisation de la communauté est impérative et doit être un lien vital entre les familles et les soins dont elles ont besoin. Il est donc essentiel que les soins soient fournis par des prestataires de soins compétents au niveau périphérique du système de soins (USAID, 2007).

###### *Le contenu normal des CPN*

Les composantes essentielles de la CPN se caractérisent par la surveillance de l'évolution normale de la grossesse, la recherche et le traitement des maladies qui peuvent avoir une influence sur la gestante, son fœtus et sur l'accouchement. Les CPN sont également une occasion pour aider les femmes, leurs maris, leurs familles et leurs communautés à faire un plan d'accouchement pour faire face à une éventuelle complication ou à l'accouchement (OMS, 2009). Même si les CPN sont gratuites, il existe

toujours des coûts cachés auxquels les familles se heurtent et qui peuvent les ruiner davantage (Fabienne Richard et *al*, 2008). Cette prise en charge doit également intégrer l'éducation des femmes, leurs familles et leur communauté sur les signes de danger, la reconnaissance du travail ainsi que les comportements à risque. Le prestataire de soins doit aussi saisir cette opportunité pour donner des conseils sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement, le post-partum pour la mère et pour l'enfant et sur la planification familiale (République du Niger, 2008).

Les agents de santé doivent se sentir responsables de toute la communauté surtout en matière de l'induction de l'adoption des comportements favorables à la santé en général et celle de la mère et de l'enfant en particulier et non pas se cantonner seulement sur les femmes enceintes qui ont recours à leur unité de soins. Les facteurs propres à la période prénatale doivent être envisagés en fonction de chaque pays et chaque région et l'Etat doit veiller à donner les moyens nécessaires à cela. Si les femmes sont suffisamment informées sur la valeur des CPN elles s'y rendront volontiers et surtout si elles tirent des avantages tangibles (OMS, 1991).

Les aspects d'information, d'éducation et de communication pour la santé sont souvent négligés par les agents de santé. Ils tombent dans la routine dans l'exercice de leur profession démotivant ainsi les gestantes à faire recours à la formation sanitaire pour les prochaines CPN ou pour l'accouchement afin d'éviter toute tracasserie (Y. Jaffré et *al*, 2003). Le nombre de visites prénatales recommandé par l'OMS est de quatre en dehors de toute pathologie (OMS, 2008). Le nombre de visites prénatales que fait la mère durant la grossesse augmente ou diminue les risques de mortalité maternelle et néonatale. La mortalité est particulièrement plus élevée si la femme n'a réalisé aucune visite prénatale (Lise Beck, 2009). La prise en charge des SONU doit être complétée par une surveillance efficace de toute grossesse par du personnel qualifié. Un bon suivi de la grossesse et une bonne prise en charge de l'accouchement limitent les risques de décès chez la mère et son enfant par un diagnostic précoce des complications et leur prise en charge adéquate limite le danger de mort et de morbidité (L. De Bernis, 2003).

#### *Analyse du contenu des CPN*

Les CPN, en dehors de la surveillance normale de la grossesse, incluent des activités préventives et promotionnelles. Les activités promotionnelles sont en faveur d'une incitation à l'adoption des comportements favorables à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale (OMS, 1978). Tout agent de santé efficace doit savoir observer, évaluer et décider des mesures à prendre dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle et infantile, cette condition augmente sa vigilance et son engagement (OMS, 1978). Plus les populations sont mieux éduquées, mieux informées et perçoivent la pertinence des actions à mener pour éviter les risques, plus elles se mobilisent pour adhérer davantage aux différentes stratégies du lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

Si la plupart des décès maternels sont évitables par l'offre des soins prénatals et postnataux adéquats, avec une aide qualifiée à l'accouchement ainsi que la disponibilité d'une bonne gestion des urgences

pour des complications graves, il est aussi indispensable que les interventions dans ce sens répondent à la gamme variée des difficultés. Ces difficultés se résument aux divers facteurs de risque qui peuvent provoquer des perturbations de l'état de santé des mères et de leurs enfants voir leur décès (Graham et al, 2007).

Les facteurs sociaux, culturels, économiques peuvent être liés au système de santé ou à l'état de santé de la mère. Pour la réduction de ces facteurs de risque, les améliorations que doivent apporter le système de santé doivent être complétées par la prise en charge de divers facteurs sociaux, culturels et économiques ainsi que le droit relatif à la santé de la reproduction.

Parlant du droit à la santé pour les pays en développement, la promotion de la santé maternelle et infantile doit passer par le respect des droits de l'homme de sorte que cette question soit désormais essentielle dans les actions nationales de santé. Là où le grand public connaît les droits et les responsabilités vis-à-vis de la santé maternelle et infantile et peut compter sur la volonté publique, s'il y a une conscience éclairée à tous les niveaux de l'administration ; la santé pour tous et en particulier la santé pour toutes les mères et leurs enfants peut cesser d'être un rêve et devenir une réalité (H.S. Dhillon et Loi Philip, 1995).

#### *Promotion de la santé maternelle et néonatale*

C'est une action politique, éducative et sociale qui sensibilise le grand public aux problèmes de santé en général et de santé maternelle et néonatale en particulier. Elle encourage l'adoption de modes de vie sains et l'action communautaire au service de la santé, tout en donnant à la population les moyens de faire valoir ses droits et d'exercer ses responsabilités par une action sur l'environnement, les systèmes et les politiques afin qu'ils contribuent au progrès sanitaire et du mieux être des mères et de leurs enfants (H.S. Dhillon et Lois Philip, 1995). Elle consiste à mobiliser les collectivités, les décideurs, les professionnels et le grand public au service des politiques à œuvrer pour des systèmes et modes de vie favorables à la santé maternelle et néonatale. Elle favorise l'induction des attitudes morales qui visent à agir concrètement et à réaliser de grandes choses en matière de santé par un consentement éclairé. La communication en matière de santé reste alors indispensable à tous les niveaux du système de santé et doit faire intervenir tous les acteurs surtout les bénéficiaires (H.S. Dhillon et Lois Philip, 1995). La charte d'Ottawa<sup>3</sup> met l'accent sur l'offre des informations et l'éducation pour la santé, qui doivent soutenir le développement individuel et social pour le perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ainsi la promotion de la santé permettra à la communauté de fixer ses priorités en matière de santé, de prendre des décisions et d'élaborer des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé. L'action communautaire favorise une stimulation individuelle et le soutien social permettant au public d'avoir un contrôle sur les problèmes de santé en général et de santé génésique en particulier (OMS, 1986). Les domaines d'action de la promotion de la santé selon ladite charte sont l'élaboration de politiques saines, la création de milieux favorables, le renforcement

---

<sup>3</sup> Charte adoptée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986

de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Les formations sanitaires doivent être un milieu favorable à l'octroi et l'acquisition de soins de qualité et des aptitudes individuelles en faveur de la santé maternelle et infantile (Fabienne Lemonnier et al, 2003).

*Exemple français et burkinabé de la PMI*

Le succès des centres de protection maternelle et infantile (PMI) dans certains pays comme la France est relatif à la bonne organisation de ce secteur chargé à cet effet de l'offre des prestations de soins de qualité depuis la période pré à la période post natale, par des actions préventives médico-sociales qui ont pour objet d'assurer la surveillance régulière et le suivi du bon déroulement de la grossesse. La PMI se situe à la charnière de l'individu et du collectif par des consultations dans le centre et des interventions à domicile, des actions éducatives et des actions préventives avec la particularité de l'appropriation du territoire par les prestataires de soins pour des actions au plus près des populations, à la pluridisciplinarité de ses équipes et de l'expertise de ses professionnels. Il ressort alors que 28 % des femmes enceintes sont rencontrées à domicile par des sages-femmes de la PMI et qu'un enfant sur deux de moins de deux (2) ans est suivi dans un centre PMI.

Elle intègre des activités telles que la PF, le mode d'accueil des enfants de moins de six ans, la santé des adolescents. L'efficacité des centres PMI ressort dans l'exemple des chiffres suivants : 11 673 adolescents sont rencontrés durant 1.109 heures d'information collective sur la vie sexuelle et l'éducation à la santé. Ainsi, la couverture vaccinale est de 90 à 100% pour le DTP, 99,2% pour la coqueluche, 91,4% pour le ROR (République Française, 2009). Une étude réalisée dans le centre Caen dans le département de Calvados en France avait révélé que 80% des usagers ont recours au centre de la PMI pour le renouvellement de la contraception ou pour le suivi de la grossesse et que 50% d'entre eux avaient moins de 21 ans. Le taux des mères d'âge inférieur à 18 ans est passé de 10,4% en 1990 à 5,7% en 2004 et sur la même période, le taux de césarienne est passé de 12,1% à 18,3%. Ceci corrélé par des suivis à domicile associant un travail d'information et d'éducation à la santé (Danièle Jourdain-Menninger et al, 2006).

Au Burkina Faso, dans de nombreux districts sanitaires, la proportion de grossesses à risques dépistées est 2 à 3% pour une norme fixée à 5%, et l'une des raisons avancées est que les patientes refusent la référence vers un niveau supérieur. C'est une situation de faiblesse relative au système de soins qui a trait à l'insuffisance des stratégies d'éducation et de communication pour la santé maternelle et néonatale et la faible efficacité des services de CPN avec un faible effet sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La capacité des prestataires de soins à dépister les grossesses à risques est faible (MSBF, 2006). S'il est prouvé que les prestataires de soins n'ont pas la capacité de dépister correctement les grossesses à risques et d'appliquer les conduites à tenir adéquates alors, il ressort qu'il existe des failles dans la formation initiale des prestataires de soins ou un manque de mise à niveau par des formations continues et un défaut de suivi et d'évaluation de l'offre des soins. Une étude réalisée en 2001 sur les besoins obstétricaux non couverts a révélé un déficit relatif de 65,83%

avec une grande variabilité entre milieu rural (74%) et milieu urbain (16%), et que les femmes de moins de 25 ans sont les plus touchées, soit 56%. Le taux de prévalence des méthodes contraceptives, en 2006, était de 14% avec pour objectif d'atteindre 30% en 2015 (MSBF, 2006).

#### 2.1.5 *L'éducation pour la santé et la communication*

##### *L'éducation pour la santé*

La diversité des publics et des thèmes abordés en éducation pour la santé et la multitude des outils produits et utilisés rendent difficile la mise en œuvre efficace des objectifs fixés à cet effet ainsi que la sélection des outils pour sa mise en œuvre (Fabienne Lemonnier et al, 2003). Pour que l'éducation pour la santé fasse ses preuves, il est essentiel que les prestataires de soins et les autres personnes intervenant à cet effet disposent des outils d'intervention dans ce domaine les incitant à mettre en œuvre leur savoir, leur savoir-faire et leur savoir-être dans le champ de la santé en général et celui de la santé de la mère et de l'enfant en particulier. Ces outils vont impliquer une interaction entre les agents de santé et les femmes, leurs familles et communautés.

##### *Définition de l'éducation pour la santé*

Il existe plusieurs définitions, mais nous avons choisi celle retenue par Fabienne Lemonnier et al. (2003) : « *L'éducation pour la santé doit être considérée dans une perspective à long terme de développement des capacités individuelles et collectives pour assurer l'amélioration tant de la longévité que de la qualité de vie. (...) Elle ne doit certainement pas se contenter d'une information sur les risques- encore que cette étape de sensibilisation soit nécessaire- mais doit s'assigner au moins comme objectif de provoquer chez les individus des modifications notables d'opinions et d'attitude et, mieux encore de voir s'exprimer des désirs de changement de comportements, assorti d'une élévation du niveau d'aptitude à les opérer* ».

Au vu de cette définition il est clair que la promotion de la santé intègre la communication qui aussi fait intervenir l'information et porte à croire que l'IEC et la CCC sont des terminaisons interactives. Cette définition nous interpelle sur l'efficacité de la mise en œuvre des diverses stratégies pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Si les stratégies d'éducation pour la santé sont bien mises en œuvre, elles permettront d'atteindre les objectifs fixés par les diverses stratégies de communication.

##### *Enjeux de l'éducation pour la santé*

Fournir une éducation en matière de santé des femmes, des soins maternels et de la PF peut permettre d'utiliser pleinement les opportunités offertes par les prestations de soins et de promouvoir le rôle des sociétés d'obstétriciens et de gynécologues ainsi que les autres agents de santé intervenant dans la promotion de la santé maternelle et infantile, en leur permettant également d'être formés. Parmi les éléments essentiels pour une maternité sans risque, figurent l'éducation communautaire, des conseils

prénatals, y compris la promotion de la nutrition maternelle et la planification familiale (Rita Luthra, 2005). Il ressort alors que l'éducation pour la santé reste bénéfique autant pour les agents de santé que pour les bénéficiaires que sont les populations.

#### *Exemple de l'éducation thérapeutique*

Il est nécessaire que les femmes enceintes et leurs conjoints séropositifs au VIH dans le cadre de la PTME, soient réellement inclus dans le suivi prénatal, et puissent bénéficier d'une éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique doit faire partie intégrante de l'offre des soins lors du suivi prénatal et de façon permanente dans la prise en charge des patients. C'est un ensemble d'activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçu pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie ou de leur état de santé, des soins, de l'organisation et des procédures liées à la santé et à la maladie (HAS, 2007). L'éducation pour la santé ne doit pas se limiter uniquement à la délivrance des informations. Si l'éducation thérapeutique s'oriente vers des personnes souffrant d'affections chroniques (HAS, 2007) et leurs familles, l'éducation pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile doit se baser sur cet exemple et demeurer un processus continu vu que la mortalité maternelle et infantile est un problème chronique qui demeure en Afrique subsaharienne. Il est alors nécessaire de faire de l'éducation pour la santé un outil primordial dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, surtout en milieu rural, pauvre et/ou défavorisé.

Donner des informations aux femmes enceintes, à leurs conjoints, familles et communautés passe par la communication. La communication nécessite un certain nombre d'aptitudes, d'attitudes de la part des prestataires de soins pour une communication de qualité (République du Niger, 2008).

#### *La perception des risques liés à la grossesse*

La perception des risques correspond au processus par lequel l'individu choisit, organise et interprète les informations provenant de son environnement sur des événements qui l'exposent ou exposent les autres plus particulièrement à la maladie ou à des complications. C'est un mécanisme de sélection et d'interprétation des informations ou de stimuli. Les individus ont tendance à mémoriser les informations qui finissent par les convaincre. Pour cette raison, les actions d'éducation et de communication qui sont des processus ayant des résultats efficaces, mais à long terme, doivent être réellement intégrées dans les prestations de soins qui visent la santé des mères et de leurs enfants. L'éducation et la communication s'inscrivent dans le cadre de la promotion de la santé. La promotion de la santé ayant fait ses preuves dans les pays développés, les pays en développement doivent s'en inspirer (H.S. Dhillon et Lois Philip, 1995).

#### *La communication*

Pour des soins de qualité, notamment au cours du suivi prénatal, la communication permet dans un premier temps le contact entre les prestataires de soins et les femmes enceintes et dans un second

temps entre les prestataires de soins et les accompagnants, les familles et les communautés des femmes. Elle reste valable pour tous les contacts entre le personnel soignant, les femmes, leurs enfants et leurs accompagnants (OMS, 2009). Nous nous sommes servi du guide de pratiques essentielles 2<sup>ème</sup> édition pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement de l'OMS/FNUAP/UNICEF/BM de 2009 et du cahier du participant de la formation des relais communautaires en santé maternelle et néonatale de la République du Niger de 2008 pour dégager l'importance que revêtent l'éducation et la communication dans le suivi prénatal.

*« La communication en matière de santé est une stratégie essentielle visant à informer le public au sujet des problèmes de santé et à faire en sorte que d'importantes questions de santé intéressent la population. L'utilisation des médias, du multimédia et d'autres innovations technologiques pour diffuser d'utiles informations en matière de santé augmente la prise en conscience de certains aspects de la santé individuelle et collective, ainsi que de l'importance de la santé dans le développement. »* (OMS, 1999).

### *Enjeux de la communication en CPN*

#### *Contexte*

En dehors de la surveillance de la grossesse, de la recherche et du traitement des maladies, de la prévention de certaines affections (VIH, tétanos, anémie, paludisme, etc.), la CPN est le lieu de dépistage des facteurs de risque liés à la grossesse et de leur prise en charge adéquat.

Cette prise en charge selon les normes actuelles de l'OMS doit associer en plus des femmes enceintes, leurs familles et communautés pour la préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications, en partant du principe que toute grossesse est à risque (OMS, 2009).

C'est l'occasion d'éduquer les femmes, leurs familles et communautés, de donner des conseils sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et le post-partum y compris l'intérêt de la planification familiale pour les mères et leurs enfants (OMS, 2009).

La communication interpersonnelle permet d'opérer au niveau individuel ou par petit groupe pour améliorer la compréhension et la prise en main au niveau individuel en vu d'un changement de comportement (République du Niger, 2008).

La CPN devient alors une opportunité à saisir pour faire passer les informations essentielles vu le nombre de femmes qui y font recours pour une intervention en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (A.Pruel et al, 2002). L'information à la base des populations sur les questions de santé maternelle et infantile est importante, surtout pour les femmes non alphabétisées et du milieu rural. C'est ainsi une question d'équité que d'être éduqué et de communiquer librement avec les prestataires de soins sans craindre d'être réprimandé (Y. Jaffré et al, 2003).

### *Communication pour un changement de comportement (CCC)*

C'est un processus qui consiste à diffuser des messages auprès des populations cibles en vue d'obtenir leur adhésion et un changement positif de leur comportement pour améliorer leur bien-être. Il sert d'outil/stratégie de développement humain dans les domaines de la santé/nutrition, éducation, la protection, la lutte contre les maladies et l'amélioration des conditions de vie (République du Niger, 2008).

#### *Le processus de la communication*

Il passe par : l'émetteur qui envoie le message, le message qui est l'ensemble des informations qu'on veut transmettre, le canal qui est le support ou le moyen utilisé pour envoyer le message au récepteur, le contexte qui est le cadre ou l'environnement spécifique dans lequel se produit la communication, le récepteur celui à qui le message est destiné et enfin le feed-back qui est le retour de l'information indispensable pour une bonne communication. La retro-information doit se faire dans les deux sens. Le Schéma 1 en annexe 1 résume les différents acteurs qui doivent normalement être pris en compte pour une communication de qualité. Il précise l'importance de la retro-information, sans laquelle il n'y aurait pas de communication.

#### *Les supports de la communication*

Voir l'annexe 1 pour des informations dans ce contexte.

#### *Les avantages de la communication interpersonnelle*

- Fait avancer les projets (CPN) dans le succès et la réussite.
- Les échanges d'informations sont fluides et transparents.
- Chacun dispose d'informations dont il a besoin (dissiper les rumeurs).
- Permet d'être en meilleure forme.
- Permet de soulager de nombreux aspects du stress.
- Forme (par les recherches).

La communication interpersonnelle est un élément essentiel de négociation auprès des femmes enceintes et de leurs conjoints, pour un changement de comportement en faveur de la santé.

Une communication de qualité bien pensée doit suivre des principes basés sur la qualité de l'animateur et des différents types de communications menées. Voir l'annexe 1 pour des compléments.

*Les différentes composantes à prendre en compte pour une amélioration de la santé maternelle et néonatale*

Il s'agit de toutes les composantes essentielles qui doivent être prises en compte pour une véritable amélioration de la santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne. Nous n'avons travaillé que sur un seul aspect parmi la multitude, mais que nous avons considéré comme important et sur lequel nous pensons apporter des améliorations. Voir en annexe 2 le schéma 2 portant sur les différentes composantes à prendre en compte pour une amélioration de la santé maternelle et néonatale en fonction des différents déterminants de la santé.

### **3 Cadre conceptuel : Etude menée dans le district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso**

#### **3.1 Problématique : Contexte spécifique du Burkina Faso**

Le Burkina Faso un des pays de l'Afrique de l'Ouest a connu une régression de la mortalité maternelle qui est passé de 930 en 1990 (OMS, 1999) à 480 actuellement (PNDSBF, 2001-2010). Malgré les efforts consentis par le pays et la communauté internationale, la mortalité maternelle reste encore élevée. Cette évolution est encourageante, mais lente et reste supérieure à 300 pour 100 000 NV, ce qui ne permettra probablement pas d'atteindre l'OMD 5 en 2015 (UNICEF, 2008).

Les CPN demeurent une composante essentielle pour l'amélioration de la qualité de la santé maternelle et périnatale (OMS, 2008) ; et dans ce sens agiraient indirectement pour la réduction de la mortalité maternelle. Il existe une discordance entre les prestations des soins prénataux et des accouchements assistés. Plusieurs facteurs interagissent pour conduire à cette situation. Il y a une absence de contrôle de ces facteurs favorisant ne permettant pas de combattre le fléau (PNDSBF, 2001-2010). Ces facteurs se résument sur le plan national du Burkina Faso en trois retards selon le PNDSBF. Le retard de consulter les services de santé, le retard d'arriver dans l'établissement de santé et le retard de recevoir un traitement adéquat au niveau de la formation sanitaire.

- Le premier retard a trait à la communauté et regroupe tous les facteurs socio-économiques et culturels. Ce retard relève de l'absence de prise de conscience que la grossesse peut être un risque, la méconnaissance des signes de danger et l'insuffisance de la planification familiale. Les obstacles socioculturels liés à la femme elle-même ou à son entourage l'obligent à ne pas débiter tôt les consultations prénatales. Le bas niveau socio-économique des femmes et leur statut d'infériorité ne leur permettent pas souvent de prendre sur elle la décision d'avoir accès aux soins. Ensuite le bas niveau d'instruction ou l'analphabétisme constitue une barrière à l'accès aux soins (PNDSBF, 2001-2010). La très grande diversité ethnique reste un frein à la compréhension des messages adressés aux femmes enceintes par les agents de santé. Cette situation rend difficile l'application effective des stratégies d'IEC pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile ; alors qu'il est impératif d'adapter les messages adressés aux femmes et à leurs communautés en fonction de leur niveau de compréhension.
- Le deuxième obstacle se situe au niveau des transports. Le transport contribue à alourdir les dépenses relatives aux soins obstétricaux et à cet effet est une barrière pour l'accès à ces soins. Il y a une insuffisance des moyens de transport pour transporter les femmes et leurs enfants en situation d'urgence vers les centres de référence, de même qu'une insuffisance de moyens de communications.
- Le troisième facteur est lié à l'opérationnalité globale du système de santé qui demeure insuffisante. Il se résume par un manque d'infrastructures et de personnel qualifié. Ce personnel est

inégalement réparti avec des zones rurales moins desservies que les milieux urbains. En 2004 le pays comptait une sage-femme pour 33 000 habitants.

Dans les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale figure le développement d'une approche IFC de l'OMS. Cette approche prouve qu'il y a des insuffisances relatives aux stratégies d'IEC. Ce qui démontre que ces stratégies auraient un impact sur l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

### 3.2 Hypothèse de recherche

Plusieurs recommandations sont faites par divers organismes que ce soit sur le plan international qu'à l'intérieur de chaque pays notamment l'OMS, l'UNICEF, la BM, l'UNESCO, les ONG etc. pour la mise en œuvre des politiques, programmes et stratégies pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Ces politiques, programmes et stratégies définissent des protocoles de suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période qui suit l'accouchement. Parmi les stratégies, l'éducation et la communication pour la santé tiennent une place importante. Mais malgré tous ces efforts, les femmes et leurs enfants continuent de mourir en grand nombre surtout en Afrique subsaharienne. Les grossesses nombreuses chez les adolescentes, la forte prévalence des endémies telles que l'anémie, le paludisme, les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/sida exposent les mères et les enfants à une morbidité et à une mortalité élevées (OMS, 2009).

Il s'est avéré que l'opportunité des CPN, même si elle intervient indirectement dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale n'est pas suffisamment saisie pour des prestations de soins de qualité (A. Prual et *al*, 2002). Les mauvaises relations caractérisées par le mauvais accueil, le défaut de communication entre le personnel de santé et les femmes enceintes sont responsables de la mauvaise qualité des soins maternels (A. Prual, 1999, Y. Jaffré et *al*, 2003). Le manque d'information et le mauvais accueil font que les patientes et leurs accompagnants éprouvent une certaine appréhension à approcher les agents de santé. Cette situation constitue un frein majeur à l'accès aux soins des femmes (Y. Jaffré et *al*, 2003). Il s'avère alors nécessaire de faire l'état des lieux en matière d'éducation et de communication pour la santé au sein des formations sanitaires afin de savoir pourquoi ces stratégies connaissent un échec dans leur intégration aux soins de santé maternelle et infantile malgré d'intenses efforts fournis à cet effet.

### 3.3 Présentation du terrain d'étude

Cette partie va traiter des différentes données relatives à la spécificité du Burkina Faso et aux résultats de l'étude.

### 3.3.1 *Les spécificités géopolitiques du Burkina Faso*

Les éléments développés ci-dessous nous permettront de nous situer dans le contexte pour comprendre les différentes actions mises en œuvre.

#### *Données générales*

##### *Situation géographique et démographique*

La carte du Burkina Faso voir l'annexe 7.

Le Burkina Faso est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest avec une population estimée à 10.312.609 habitants, il couvre une superficie de 274.200 km<sup>2</sup>. Il est limité par six pays à savoir le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son accroissement naturel est de 2,4% par an et le taux brut de natalité est estimé à 46,1 pour mille naissances ; 90% de la population vit en milieu rural. Les femmes représentent 52% de la population générale selon le recensement général de la population et de l'habitat en 1996. Les femmes et les enfants représentent la tranche la plus importante, mais restent les groupes vulnérables qui doivent bénéficier d'une protection particulière (PNDSBF, 2001-2010).

##### *Situation socioculturelle*

Le pays est composé de 60 groupes ethnolinguistiques, les Mossis sont majoritaires et représentent 48,5% de la population totale. Trois langues sont principalement parlées le Moré, le Dioula et le Fulfulde. La langue officielle est le français.

Le taux de scolarisation est de 33,4% chez les filles et 47,1% chez les garçons. Le taux d'alphabétisation est de 26% chez les adultes en 1997 avec une grande disparité entre les femmes et les hommes (PNDSBF, 2001-2010).

##### *Situation économique, politique et administrative*

Le Burkina Faso est un pays en développement. Face aux difficultés financières et structurelles, il a conclu en 1991 avec les institutions de Bretton Woods d'où il a bénéficié d'une dimension sociale d'ajustement. Le poids de la dette étant estimée à 237% des recettes d'exportation des biens et services en 1996 et avec 43% de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 72.690 FCFA par adulte et par an en 1998 (PNDSBF, 2001-2010), le pays a été classé comme pays très pauvre très endetté (PPTTE). L'indice de développement humain qui mesure la qualité de vie moyenne de la population d'un pays est faible, mais a évolué de 0,248 en 1980 à 0,305 en 2009. La situation économique de la femme reste faible (PNDSBF, 2001-2010).

Le pays est divisé en provinces, département, communes et villages. Les provinces et les communes sont des collectivités locales dotées de personnalité morale et jouissent d'une autonomie financière.

## *Situation sanitaire*

### *Etat de santé de la population : morbidité et mortalité*

Elle est élevée chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes. Le nombre de morbidité maternelle reste élevé et les fistules obstétricales restent prédominantes. La séroprévalence est de 0,8% dans la population en général. L'incidence du VIH chez les femmes enceintes est de 2% (CNLS, 2010). Le VIH/SIDA est une cause indirecte de mortalité maternelle surtout en Afrique Subsaharienne (OMS, 2007).

Les ratios de mortalité maternelle restent élevés malgré les progrès réalisés dans ce domaine, mais cette régression lente ne permettra probablement pas d'atteindre l'OMD 5 qui est de réduire des trois quarts de 1990 à 2015 le taux de mortalité maternelle à savoir 142 décès pour 100.000 naissances.

### *Les déterminants de la santé*

#### *Sur le plan socio-culturel*

Il existe des comportements à risque non favorables à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Les mariages précoces, l'excision, la pratique du lévirat, sont autant de pratiques qui dégradent la situation sanitaire de la femme. La fonction la plus valorisée de la femme burkinabè est celle de la reproduction en donnant à l'homme une descendance nombreuse, masculine de préférence comme dans presque toutes les sociétés africaines lui permettant ainsi d'accéder à une plus grande considération sociale. Il s'ensuit que la quasi-totalité des groupes sociaux privilégient les mariages par alliance et ont une préférence pour les mariages précoces. L'âge idéal pour le mariage se situe entre 11 et 19 ans (Politique Nationale de Population du Burkina Faso, 2000). Malgré les programmes d'IEC pour l'acquisition d'attitudes favorables à la santé initiés par plusieurs institutions, il n'y a pas de changement de comportement assez remarquable dans ce sens (PNDSBF, 2001-2010). Cette situation expose la femme à toute sorte de traumatisme gynécologique et obstétrical. Il faut noter que le changement de comportement favorable à la santé est un processus lent et difficile à obtenir lié au fait que chacun souhaite demeurer fidèle aux traditions auxquelles il est habitué et résiste plus ou moins aux idées nouvelles. Pour cela il faudrait faire preuve de patience face aux objections. La manière dont les gens agissent n'est pas nécessairement négative, cela permet de déterminer par la même occasion leur aptitude à comprendre les idées nouvelles ou un projet nouveau (R.H.Hart et al, 1991).

#### *Sur le plan socio-économique*

Les femmes ont un faible pouvoir d'achat ce qui limite leur accès aux soins de santé, à l'éducation et à la sécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire favorise la malnutrition chez les femmes et leurs enfants. Cette situation favorise l'exposition à l'anémie, au faible poids de naissance chez le nouveau-né et aggrave les hémorragies du post-partum qui sont une cause majeure de mortalité maternelle. Le

manque d'eau potable et la consommation d'aliments souillés surtout en milieu rural sont sources de maladies diarrhéiques et parasitaires chez la mère et l'enfant (PNDSBF, 2001-2010). Les maladies diarrhéiques favorisent la non absorption des nutriments indispensables pour le développement harmonieux du fœtus et de l'enfant et provoque l'anémie chez les mères.

### *Organisation et fonctionnement du système de santé*

#### *Organisation administrative et fonctionnelle*

Le système de santé sur le plan organisationnel et fonctionnel comprend trois niveaux. Les structures administratives représentent le niveau central qui est organisé autour du cabinet du ministre et du secrétariat général. Le niveau intermédiaire est composé de 13 directions régionales de la santé. Le niveau périphérique est représenté par 63 districts sanitaires qui sont des entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

Les structures de soins sont organisées en premier niveau, autour de 1.500 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui sont des structures de base du système de santé, quelques centres médicaux (CM) dont le CM St Camille qui sont particuliers et représentent beaucoup plus certaines formations sanitaires privées, de 42 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) qui servent de référence aux formations sanitaires du district. Le deuxième niveau est constitué par neuf (9) centres hospitaliers régionaux (CHR) et le troisième niveau par trois centres hospitaliers universitaires (CHU).

#### *Cas particulier : Situation sanitaire du district de Bogodogo*

Le district de Bogodogo est l'un des quatre districts sanitaires de la région du centre. Il couvre une superficie de 1.534 Km<sup>2</sup> avec une population de 489 976 habitants. Les femmes en âge de procréer sont estimées à 80.820. Ce district est caractérisé par un système de partage de coût en ce qui concerne les SONU. C'est un système particulier qui permet l'amélioration et une bonne accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui résident dans ce district. Les barrières financières font partie intégrante des obstacles qui limitent l'accessibilité aux soins en particulier les soins maternels et néonataux (Thaddeus et Maine, 1994).

Le partage de coût concerne les transports en cas d'urgence et les césariennes. Quatre acteurs principaux se partagent les coûts à savoir : les comités de gestion et les structures confessionnelles, les patientes et leurs familles, les collectivités locales, et le Ministère de la Santé. Ceci favoriserait une accessibilité financière aux soins par la réduction de la participation financière des patientes et de leurs familles. Ce système de partage de coût est une première expérience dans le pays et a bénéficié de l'appui du projet d'amélioration de la qualité de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (projet AQUASOU). Actuellement ce système est maintenu avec pas moins de difficultés. Pour y pallier, les différents partenaires sont incités à honorer leurs engagements. Le système a permis une amélioration caractérisée par une augmentation des accouchements assistés qui est passée de 66,2% en 2003 à

85,5% en 2007 (Ouédraogo C et al, 2008). Ce système a également permis de réduire la part des patientes et de leurs familles de 83.000 FCFA à 6.000 FCFA pour les actes de césarienne. En dépit des avantages qu'offre ce système, il existe des difficultés par manque de personnel et d'infrastructures et une instabilité des comités de gestion qui affecte le recouvrement des coûts.

### **Les avantages du système**

Il exige des réunions de restitution aux populations. C'est une opportunité de partage d'information entre les individus, leurs familles, leurs communautés et les prestataires de soins en ce qui concerne les problèmes de santé maternelle et infantile. C'est également une opportunité pour un bon management par une communication de qualité. Opportunité qu'il faudrait exploiter au mieux.

#### *Les stratégies d'éducation et de communication en santé maternelle et néonatale*

Elles s'intègrent dans un ensemble de stratégies définies pour une accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le cadre des OMD à atteindre en 2015. Dans le plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale mise au point par le Ministère de la Santé en 2006, figure les stratégies suivantes :

- L'assistance qualifiée à l'accouchement, la mise en œuvre des SONU. Les CPN et la promotion des mécanismes de financement, de subvention, de partage de coûts rentrent dans les interventions principales de mise en œuvre de cette stratégie.
- La planification familiale, qui a pour but de favoriser la prévention des grossesses précoces, nombreuses et non désirées, en rendant accessible à tous les méthodes contraceptives.
- Le renforcement de la participation communautaire en faveur de la santé maternelle et néonatale. Cette stratégie entre principalement dans le cadre de notre étude. Elle vise à inciter la participation communautaire par la mobilisation des individus, des familles et des communautés. Elle vise également la mise en place de la gestion des urgences par les communautés au sein des COGES, qui le plus souvent n'ont qu'un rôle axé sur l'aspect financier.

Toutes ces actions ont pour but d'augmenter l'utilisation des services de santé et le recours à des prestations de qualité au moment opportun par les individus, les familles et les communautés. Elles se baseront sur la sensibilisation des femmes, sur la reconnaissance des signes de danger, par une intégration des hommes détenteurs de pouvoir dans les familles, surtout de l'accès aux soins pour une amélioration de la prise en charge des femmes et de leurs enfants.

- L'engagement et le soutien du gouvernement, des partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Entre dans ce contexte la mobilisation des ressources financières par la mise en œuvre d'un plaidoyer, de la coordination, du partenariat et de la collaboration intersectorielle.
- Le développement d'une approche IEC appropriée.

### *Les différentes composantes de la santé maternelle et néonatale*

Les progrès faits pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale même s'ils sont lents, demeurent notables et sont dus au fait que le Burkina Faso, dès 1998 (1987 à Nairobi et 1989 à Niamey), a adhéré à l'initiative pour une maternité sans risque et le Gouvernement a, depuis cette date, continuellement élaboré et mise en œuvre des politiques et programmes de réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Plusieurs études sont réalisées pour déterminer les différents facteurs de risque de morbidité et mortalité maternelle et néonatale. Mais ces études ne tiennent pratiquement pas compte des déterminants sociaux de la santé. Elles s'inscrivent souvent dans le cadre de recherche des différents facteurs de risque classiques de morbidité et de mortalité. Elles ne s'orientent toujours pas vers les déterminants de la santé qui ont un impact sur la santé des mères et des enfants mais s'orientent le plus souvent vers les barrières financières qui ne constituent qu'une infime partie des problèmes relatifs aux ratios de mortalité maternelle et périnatale élevés dans les pays en développement (Fabienne Richard et al, 2008).

#### *3.3.2 Présentation de l'étude*

##### *Matériel et méthodes*

###### *Type d'étude*

C'est une enquête transversale prenant en compte les messages adressés par les prestataires de soins aux femmes enceintes lors des prestations de soins en consultation prénatale et l'implication des acteurs associés.

###### *Cadre de l'étude*

L'université Senghor a intégré dans son cursus de formation des stages de trois mois pour la mise en situation professionnelle de ses étudiants dans le cadre de la première année d'étude. Notre stage s'est déroulé dans le district sanitaire urbain de Bogodogo au Burkina Faso. Cette étude a pour but d'évaluer les stratégies de communication et d'éducation mises en œuvre dans les services CPN, sur le terrain dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Les lieux de stage sont le siège du district de Bogodogo, le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) du secteur 30 qui est une institution publique et le centre médical (CM) Saint Camille qui est une institution confessionnelle ouverte à tous. Ces deux centres se situent au niveau périphérique du système national de soins. Le choix de ce district pour notre stage est guidé par sa particularité en ce qui concerne les actions menées pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

### *Méthode d'enquête*

Notre population cible est constituée de toutes les femmes enceintes en consultation prénatale. Le critère d'inclusion est toutes les femmes ayant nécessairement au moins fait une consultation prénatale, à tout âge gestationnel indépendamment de la gestité et de la parité. Pour plus de résultats nous ne pouvons pas inclure uniquement les gestantes qui viennent de suivre une séance de CPN le jour de l'administration du questionnaire. Ceci étant lié au fait que les femmes après une attente très longue dans la formation sanitaire pour leur prise en charge sont pressées de repartir chez elles ou d'aller vaquer à leurs occupations. Il est apparu que certaines gestantes ont refusé de participer à l'enquête pour ce motif. Sont exclues toutes les gestantes admises pour des causes autres que le suivi prénatal. L'échantillon est constitué de 164 gestantes, dont 82 au CSPS du secteur 30 et 82 au CM Saint Camille. Nous avons administré nous même à l'échantillon une série de neuf questions parce que la majorité des gestantes sont analphabètes ou ont un niveau d'instruction bas ne leur permettant pas de comprendre le questionnaire qui leur est administré.

L'échantillon constitué n'a pas été randomisé à cause des difficultés d'ordre opérationnel et de la disponibilité des gestantes. En effet, pour avoir accès aux gestantes il fallait attendre qu'elles aient fini avec les prestataires de soins pour gagner leur disponibilité s'il s'agit d'une première CPN ou de commencer plus tôt avant le début des activités de CPN pour ne pas perturber le cours normal des activités. Nous avons administré notre questionnaire de façon confidentielle, mais nous avons également fait recours à un interprète pour les gestantes qui ne peuvent s'exprimer en français. Nous n'avons pas eu accès à un endroit qui puisse assurer la confidentialité totale chez toutes les gestantes, car par moment nous étions obligés de nous retrouver au niveau des couloirs des services de santé maternelle et infantile pour pouvoir administrer notre questionnaire et ne pas perturber le fonctionnement du service.

### *Analyse statistique*

Nous nous sommes servis de logiciel Epi-info version 3.5.1 pour construire le masque du questionnaire et pour la saisie des données recueillies. Nous avons codifié les données, avant de les saisir. Pour l'analyse des données nous avons utilisé le logiciel Excel pour les figures et graphiques. Nous allons procéder à une analyse quantitative et qualitative des données recueillies.

### *Résultats*

#### *Etat civil de la population étudiée*

##### *Le niveau d'étude*

La figure 1 ci-dessous relate que le quart des gestantes sont non instruites, 39% ont fait l'école primaire, 21% le secondaire 1 qui représente le collège, 10% le secondaire 2 qui est le lycée, et

seulement 4% ont un niveau d'étude du supérieur. Aussi 1% de l'échantillon étudié a fait l'école coranique.

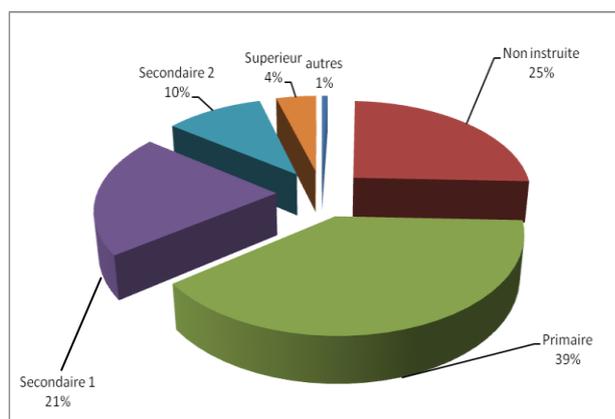


Figure 1 Niveau d'étude des gestantes

Source : Auteur

### *La profession*

La figure 2 ci-dessous relève que sur l'ensemble de la population étudiée, 57,9% des gestantes sont des ménagères, 6% sont salariées, 5% sont dans le petit commerce, 9% sont commerçantes, 11% ont d'autres activités relevant du secteur informel tel que la couture, la coiffure, femme de ménage ou tisserandes, donc qui mènent des activités génératrices de revenus de façon quotidienne. Les élèves représentent 13% de l'échantillon total.

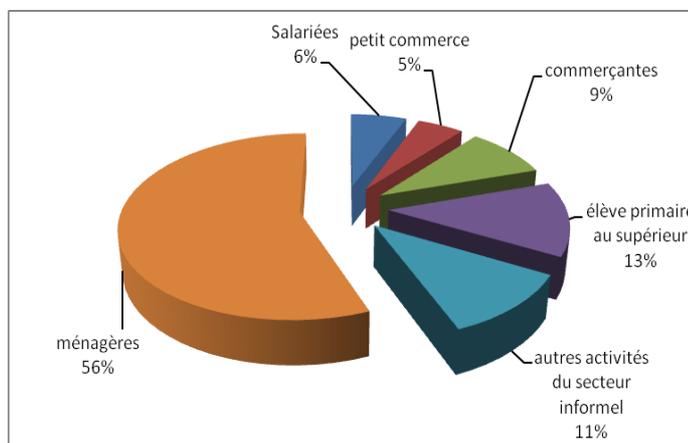


Figure 2 Catégories socio-professionnelles

Source : Auteur

### *L'âge*

La moyenne d'âge des gestantes de l'échantillon est de 24,86 ans, mais sur l'ensemble de l'échantillon, les plus de 35 ans et celles qui ont un âge inférieur ou égal à 15 ans représentent 7,6%.

*L'accueil**Qualité de l'accueil selon les enquêtées*

La majorité des gestantes affirment que l'accueil qui leur est réservé dans les formations sanitaires est satisfaisant. 62,8% trouvent l'accueil satisfaisant, le quart des gestantes trouvent l'accueil est très satisfaisant, 6,7% seulement trouvent que ce n'est pas du tout satisfaisant. Le tableau 1 illustre le niveau de satisfaction des gestantes incluses dans l'étude. La différence entre très satisfaisant et parfait dans ce contexte est que la gestante peut probablement trouver des choses à redire pour la première notion alors que dans le second elle n'y reproche rien. Mais, les gestantes ont trouvé plus de satisfaction au CSPS du secteur 30 qu'à St Camille. Soit 66,3% sur les 104 gestantes satisfaites proviennent de cette formation sanitaire.

Tableau 1 Répartition des gestantes selon le niveau de satisfaction de l'accueil

<b>Courtoisie et amabilité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Pas du tout satisfaisant	11	6,7
Peu satisfaisant	14	8,5
Satisfaisant	103	62,8
Très satisfaisant	24	14,6
Parfait	12	7,3
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100</b>

Source : Auteur

*Le confort de la salle d'attente*

La salle d'attente est celle où les gestantes s'installent pour suivre les causeries éducatives, les informations leur permettant de s'orienter vers les services de soins appropriés et attendre leur tour de passage à la salle d'examen des CPN. Plus de 66% des gestantes sont satisfaites, 9,8% sont peu satisfaites.

Tableau 2 Répartition des gestantes selon le niveau de satisfaction du confort de la salle d'attente

<b>Confort</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Pas du tout satisfaisant	11	6,7
Peu satisfaisant	16	9,8
Satisfaisant	108	65,9
Très satisfaisant	23	14
Parfait	6	3,7
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100</b>

Source : Auteur

Le tableau 2 ci-dessus récapitule la distribution des gestantes selon leur degré de satisfaction. Nous avons traité séparément ces deux aspects de l'accueil du fait que les gestantes doivent patienter plusieurs heures avant leur tour de passage à la consultation et aux divers postes de travail.

*Connaissance sur les CPN**Pré-requis des gestantes sur le nombre des CPN à effectuer durant la grossesse*

Dans la majorité des cas les gestantes incluses dans l'étude ne savent pas le nombre des CPN à effectuer avant l'accouchement, soit 75% n'ont aucune notion sur les quatre CPN obligatoires recommandées par l'OMS pour le suivi d'une grossesse normale. Mais 14,2% savent qu'il est important de respecter les quatre CPN recommandées. Le tableau 3 fait ressortir les informations recueillies à cet effet auprès des gestantes.

Tableau 3 Répartition des gestantes selon leur connaissance sur le nombre de CPN à faire

<b>Nombre de CPN à réaliser au cours d'une grossesse normale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Trois	16	9,8
Quatre	23	14,2
Plus	2	1
Ne sait pas	123	75
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100</b>

Source : Auteur

*Sources d'information concernant les normes de CPN*

En fonction de la source d'information le prestataire de soins reste primordial, soit 73,2%, ensuite vient le conjoint qui représente 9,8% des cas. Les médias ne représentent que 4,9% des sources. Le tableau 4 ci-dessous illustre la répartition en fonction des différentes sources d'information. Il faut noter que l'effectif 41 représente la proportion de l'échantillon qui a pu nous donner des informations à cet effet.

Tableau 4 Répartition des différentes sources d'information selon les gestantes concernant le nombre de CPN

<b>Source d'information concernant le nombre de CPN à réaliser</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Soignant	30	73,2
Famille	2	4,9
Conjoint	4	9,8
Communauté	3	7,3
Autres (médias)	2	4,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Source : Auteur

*La périodicité des CPN*

En général la majorité de la population étudiée ne connaît pas la périodicité des différents rendez-vous obligatoires pour le suivi prénatal d'une grossesse normale. En effet, 87,8% des gestantes ne savent pas qu'il faut se rendre dans une formation sanitaire dès l'absence des menstruations et avant la fin des trois premiers mois pour la première CPN. Les raisons avancées sont que la femme ne doit pas montrer

très tôt qu'elle est enceinte pour une raison d'ordre culturel. En ce qui concerne le CPN2, 9,2% savent qu'il faut se rendre pour le deuxième rendez-vous CPN entre le 5<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois, il en est de même pour la visite du 8<sup>ème</sup> mois qui représente 7,9%, et 8,5%, pour la visite du 9<sup>ème</sup> mois. Le tableau 5 illustre les différents résultats.

Tableau 5 Répartition des femmes selon leur connaissance sur la périodicité des différentes CPN.

Période des CPN	Effectifs qui connaissent	Pourcentage qui connaît (%)
CPN1 absence des règles jusqu'à 3 mois	20	12,2
CPN2 entre le 5 <sup>ème</sup> et le 6 <sup>ème</sup> mois	15	9,2
CPN3 au 8 <sup>ème</sup> mois	13	7,9
CPN4 au 9 <sup>ème</sup> mois	15	8,5

Source : Auteur

#### *Connaissance sur les risques liés à la grossesse*

En ce qui concerne les informations données sur les risques liés à la grossesse, 45,7% des gestantes interrogées ont affirmé que le prestataire de soins leur en a parlé. Le tableau 6 illustre les différentes variables choisies concernant certains risques liés à la grossesse et la répartition de l'échantillon en fonction de ses réponses.

Tableau 6 Répartition des gestantes selon leurs connaissances des risques liés à la grossesse.

Facteurs de risque	Effectifs OUI	Pourcentage (%) OUI
Anémie	75	46
Vomissement et déshydratation	47	29
Hémorragie génitale	56	34
Albuminurie	38	23
Hypertension artérielle	54	33
Obésité	36	22
Œdèmes de membres inférieurs ou généralisés	39	24
Perte de liquide autre que les urines	36	22
Maux de tête	43	26
Grossesse gémellaire	36	22
Sérologie HIV positive	74	45
<b>Total</b>	<b>534</b>	<b>30</b>

Source : Auteur

Il ressort que la majorité des gestantes ne sont pas informées sur les risques liés à la grossesse et il existe une certaine relativité des connaissances sur les différentes variables considérées. 46% des gestantes ont reçu des informations sur l'anémie, 45% sur le VIH/sida, 34% sur l'hémorragie génitale, 33% sur l'hypertension artérielle. Concernant l'albuminurie seulement 23% des gestantes savent que c'est un risque si l'albuminurie est positive. Au vu de tous ces résultats seulement le tiers des femmes qui se rendent en CPN ont une connaissance sur tels ou tels risques liés à la grossesse et il faut noter que ce sont des risques classiques qui sont couramment pris en compte lors du suivi de la grossesse

normale que nous avons considérés, mais pas tous les risques et comportements à risque pour éviter d'introduire des biais. Considéré par centre, sur les 89 gestantes ayant répondu positivement quant aux informations données concernant les risques lié à la grossesse, 75% soient 67 d'entre elles proviennent du CM St Camille.

#### *La prévention*

La plus grande partie de l'échantillon sait qu'il est important de prévenir certaines affections telles que le paludisme, l'anémie, le tétanos qui peuvent aggraver ou avoir des conséquences sur leur état de grossesse ou sur leur enfant. Ainsi, 29,9% affirment ne pas savoir que la prévention est importante.

En ce qui concerne la prévention de l'anémie, 59,8% savent qu'il faut respecter la supplémentation en fer; 6,7% seulement savent que l'alimentation peut apporter du fer pour corriger l'anémie, 1,2% savent que le déparasitage aussi participe à la correction de l'anémie ou à sa prévention. Le tableau 7 sus-joint relate les différents résultats. Pour le paludisme, 60,4% des femmes enceintes savent qu'il faut prendre de la Sulfadoxie-pyrimétamine pour prévenir le paludisme chez la mère et chez son enfant, 60,4% savent qu'il faut utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) et 0,6% seulement ont reçu l'information que l'hygiène des locaux et du milieu peuvent permettre d'éviter le paludisme. 36,6% de la population étudiée savaient qu'il est important de se faire vacciner contre le tétanos (VAT).

Pour ce qui est important à prévenir, il s'agit de tous les comportements qui peuvent avoir une incidence directe ou indirecte sur l'évolution normale de la grossesse. C'est par exemple pourquoi il faut éviter le paludisme, avoir une alimentation équilibrée pour éviter l'anémie, l'hygiène en général, l'éviction du surmenage physique et psychologique par une vie calme, etc. En général, les comportements à risque ne sont presque pas abordés.

Tableau 7 Répartition des gestantes selon leurs connaissances sur les éléments à prévenir pendant la grossesse tels que : anémie, paludisme, tétanos.

<b>Manière de prévention</b>	<b>Effectifs OUI</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage (%) oui</b>
Anémie : Fer	98	164	59,8
Anémie : Alimentation	11	164	6,7
Anémie : Autres	2	164	1,2
Paludisme : Moustiquaire imprégnée d'insecticide	99	164	60,4
Paludisme : Sulfadoxine-Pyrimétamine	85	164	60,4
Paludisme : Autres	1	164	0,6
Tétanos : VAT	60	164	36,6

Source : Auteur

#### *Description de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, intérêt du VAT*

Pour la description de l'utilisation de la MII ; 51,2% ont fait une description satisfaisante et 48,8% ne savent pas comment l'utiliser.

Dans le cadre de la prévention du tétanos, 66,5% des gestantes n'ont pas reçu l'information que le VAT protège la mère et son enfant. La majorité des gestantes ne connaît même pas la nature de l'injection

qui lui est faite lors des CPN parce que les actes posés à leur égard ne leur sont pas expliqués. Celles qui sont attentives aux causeries éducatives ont quelques notions sur certaines activités des CPN.

#### *Bilan Prénatal*

Dans 65,2% des cas, les gestantes n'ont reçu aucune explication concernant l'importance de faire les examens demandés au cours du suivi prénatal et ce n'est que dans 34,8% des cas que l'information est fournie.

#### *Analyses médicales incluses dans le bilan prénatal*

Pour parler des différentes analyses incluses dans le suivi de la grossesse normale, le tableau 8 fait ressortir que 33,9% des gestantes ont pu citer le groupage et rhésus ; 37,8% pour le test de dépistage du VIH ; aucun pour l'examen des urines à la recherche de l'albumine dont la présence dans les urines associé à l'hypertension artérielle évoque la pré-éclampsie avec comme complication redoutable l'éclampsie qui met en jeu le pronostic vital materno-fœtal. La sérologie de la rubéole n'est pas incluse dans le bilan prénatal et la glycémie pas systématiquement. Ce qui fait que nous n'avons eu aucune information à ce propos. Seulement quatre examens sont inclus systématiquement dans le bilan prénatal tels que le groupage et rhésus, le taux d'hémoglobine (TH), le VDRL/TPHA dans le cadre du dépistage de la syphilis et le test du VIH.

Tableau 8 Répartition des gestantes selon que les différentes analyses soient demandées

<b>Différents examens inclus dans le bilan prénatal.</b>	<b>Effectifs OUI</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage (%) OUI</b>
Groupage-Rhésus	49	164	29,9%
Glycémie	0	164	0%
VDRL/TPHA	7	164	4,3%
Sérologie de la rubéole	0	164	0%
Examen des urines	0	164	0%
Le test du VIH	62	164	37,8%
Electrophorèse de l'hémoglobine	12	164	07,3%
Echographie	17	164	10,4%
Autres (Taux d'hémoglobine, Goutte épaisse)	27	164	16,5%

Source : Auteur

#### *Communication interpersonnelle*

Seulement 37,2% des gestantes affirment que les explications données par les agents de santé sont claires et leur ont permis de retenir l'essentiel. Les différentes réponses données par les gestantes nous ont permis de répertorier six raisons essentielles pour lesquelles les informations ne circulent pas des prestataires de soins aux femmes et à leurs accompagnants. Sur les 103 gestantes qui ont affirmé une insuffisance d'information, seulement 48 ont pu nous dire les différentes raisons qui font qu'il n'y pas d'écoute et d'explication.

Les étapes ici représentent toutes les différentes phases qu'une gestante traverse du début de la séance d'une CPN jusqu'à la fin.

*Les raisons évoquées pour soutenir le défaut de communication entre les prestataires de soins et les gestantes :*

Les gestantes affirment qu'il n'y a pas assez d'opportunité d'engager des questions d'éclaircissement, dans 58,5% et seulement dans 41,5% des cas, l'occasion est offerte. Lorsque le débat est ouvert, sur les 68 gestantes qui affirment que l'opportunité est offerte, 51 ont pu nous dire si les réponses à leurs questions sont satisfaisantes ou pas. Dans ce contexte 80,4% ont trouvé satisfaction. Il ressort de cela que seulement 10,4% des gestantes ont affirmé qu'elles avaient bien cerné le contenu des messages qui leur sont adressés, 19,6% n'ont pas trouvé de satisfaction dans le contenu des messages qui leur sont adressés. Dans la même ligne, 70,1% des 154 gestantes ayant donné leurs opinions sur la question ont affirmé qu'elles n'ont pas pu confier au prestataire de soins ce qui leur tenait à cœur concernant leur état de grossesse ; 10 gestantes sur l'échantillon total soit 6,1% se sont abstenues à cette question.

Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ce pourquoi elles n'ont pas pu réellement discuter de leur état de grossesse avec le prestataire de soins. Il ressort dans 20% des cas que le cadre des discussions n'est pas propice pour ouvrir un débat personnel, car l'opportunité n'est offerte réellement qu'au cours des séances d'IEC, dans 41,7% des cas il y a un manque d'écoute de la part des prestataires de soins, dans 19% des cas les gestantes trouvent que ce n'est pas la peine d'engager des discussions puisqu'elles n'auront pas de satisfaction et 1,8% des gestantes trouvent qu'il y a une non-implication des prestataires de soins. Sur l'échantillon total, 67% se sont prononcés sur cette question. Dans 1% des cas, les gestantes ont affirmé qu'il existe des barrières linguistiques, 2,7% des cas la non disponibilité des prestataires de soins, 2,7% les messages qui leur sont adressés sont confus, 42,7% des cas il y a un manque d'écoute de la part des soignants, dans 19% des cas les agents de santé ne donnent pas d'explications, dans 3,6% des cas il y a un manque de communication et dans 1% des cas, il y a la crainte d'être réprimandé par les agents de santé, alors les femmes préfèrent suivre passivement les CPN quitte à revenir pour d'autres CPN ou ne pas revenir. En ce qui concerne la non implication du soignant qui représente 1,8% des cas, les gestantes nous ont expliqué qu'il s'agit d'une indifférence à leur égard en tant qu'être humain nécessitant une bonne relation interpersonnelle.

*Préparation à l'accouchement ou à une éventuelle complication*

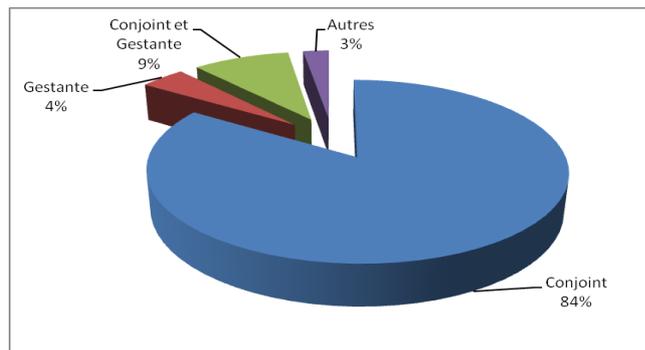


Figure 3 Les différents acteurs ayant le pouvoir décisionnel à l'accès aux soins des femmes.

Source : Auteur

La figure 3 ci-dessus illustre que dans 84% des cas c'est le conjoint qui a le pouvoir décisionnel en ce qui concerne l'accès aux soins de la gestante. La gestante dans seulement 4% des cas a l'autonomie d'accéder aux soins de santé librement sans risque d'être réprimandée par sa famille ou son conjoint. Dans 3% des cas les autres. Les autres ici représentent surtout un membre de la belle-famille de la gestante qui sont, la belle-mère, le beau-père ou les beaux-frères s'il arrivait que le conjoint soit absent.

Paradoxalement la figure 3 nous révèle que les conjoints dans la majorité des cas, et qui ont le pouvoir décisionnel de l'accès aux soins de leurs femmes ne sont associés que dans 4% des cas à la CPN. En dehors du conjoint aucun autre membre de la famille ou de la communauté n'est associé aux CPN en dehors des femmes enceintes.

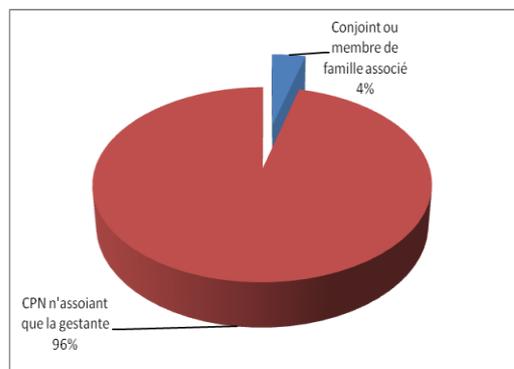


Figure 4 Répartition des différents acteurs associés à la CPN.

Source : Auteur

Nous n'avons relevé que seulement 6 conjoints sont associés aux CPN sur les 164 attendus normalement. Ces conjoints ne sont conviés aux CPN que pour le dépistage du VIH qui entre le cadre du protocole de la prévention de la transmission mère enfant (PTME).

*Moyens de transport*

La répartition des différents moyens de transport que préconisent utiliser les gestantes pour se rendre dans la formation sanitaire en cas d'urgence ou pour l'accouchement est illustrée par la figure 5.ci-dessous.

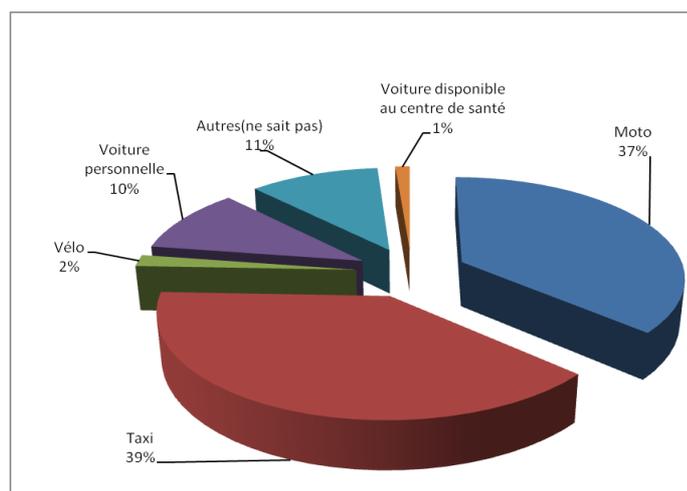


Figure 5 Répartition des différents moyens de transport que préconisent utiliser les gestantes en cas d'urgence.

Source : Auteur

Le taxi de ville représente 39% des moyens de transport auxquels les gestantes et leurs familles feront recours pour arriver dans les formations sanitaires pour l'accouchement ou en cas d'urgence. Dans 37% des cas la moto sera utilisée, la moto est le moyen de transport le plus répandu à Ouagadougou et les gestantes content en utiliser pour se rendre dans les formations sanitaires même si ce n'est pas assez commode. La voiture personnelle sera utilisée dans 10% des cas, dans 2% des cas le vélo et seulement dans 1% des cas l'ambulance ou un autre moyen de transport disponible dans les formations sanitaires sera utilisé. Dans la majorité des cas, les femmes ne savent pas qu'il existe des moyens de transport dans les formations sanitaires auxquels elles et leurs accompagnants doivent avoir recours en cas d'urgence.

#### *Le nécessaire pour l'accouchement*

Pour la préparation à l'accouchement ou à une éventuelle complication, l'agent de santé n'a abordé le sujet que dans 31,1% des cas. Dans 68,9% des cas les gestantes n'ont pas été informées qu'il est important de faire un plan de l'accouchement et de préparer des moyens financiers, matériels et humains à cet effet.

#### *Moyens humains*

Concernant la préparation des moyens humains, dans la majorité des cas soit 36,6% les belles-mères des gestantes sont concernées, 11,6% incluent la belle-sœur et le conjoint dans 3% des cas. Il ressort que 29,9% des gestantes n'ont aucune idée sur les personnes qui s'occuperont d'elles et de leurs bébés au centre de santé. Nous remarquons alors que la belle-famille est plus sollicitée pour assister les gestantes. La figure 6 fait ressortir toutes les catégories d'accompagnants auxquels les gestantes préconisent avoir recours.

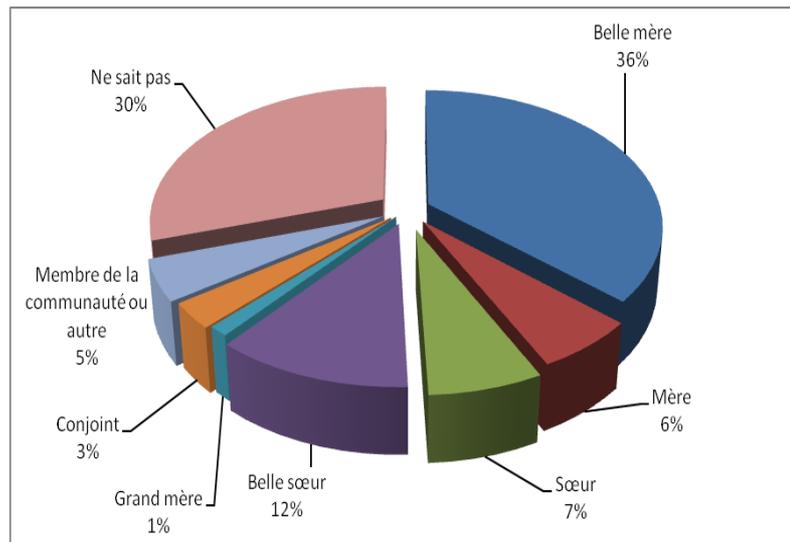


Figure 6 Les différentes catégories d'accompagnants en cas d'accouchement ou d'urgence.

Source : Auteur

#### *Résumé de la séance de la consultation prénatale*

Le tableau 9 ci-dessous relève que dans 44% des cas, les prestataires de soins sont revenus sur les indications thérapeutiques, dans 1% respectivement sur les conseils nutritionnels et où s'adresser en cas d'urgence. Seulement dans 1% des cas les gestantes affirment que les prestataires de soins sont revenus sur les démonstrations de l'utilisation de la MII et du préservatif.

Tableau 9 Les éléments du résumé avec les gestantes à la fin de la CPN

Résumé de la CNP	Effectifs	Pourcentage(%)
Indication thérapeutiques	72	44
Conseils nutritionnels	2	1
Où s'adresser en cas d'urgence	2	1
Démonstration d'utilisation (moustiquaire, préservatif, autres)	1	1
Résumé non fait	87	53
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100</b>

Source : Auteur

#### *Etat de satisfaction des gestantes concernant leur suivi prénatal*

La majorité des gestantes soit 81% (133 gestantes) sont satisfaites de la prise en charge globale lors des CPN et seulement 19% soient 31 ne sont pas satisfaites.

### 3.4 Discussion

#### 3.4.1 Constat général

Notre étude relève en général des aspects semblables à ceux relevés par des études réalisées précédemment en Afrique de l'Ouest par Y. Jaffré et J.-P Olivier de Sardan. Il existe des tendances communes à cinq capitales (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey) de l'Afrique de l'Ouest incluses dans l'étude socio-anthropologique réalisée entre 1999 et 2000. Le constat est bien réel à Ouagadougou où notre étude a été réalisée.

Il existe des tendances communes aux deux formations sanitaires dans lesquelles l'enquête a eu lieu. Il s'agit de la routine quotidienne dans laquelle tombent les agents de santé dans l'exercice de leurs fonctions. Nous avons observé que le mauvais comportement de certains agents de santé face aux femmes enceintes est bien réel quelque soit la situation des formations sanitaires dans le système de soins. A cet effet nous nous sommes rendus dans une formation sanitaire de niveau intermédiaire et de niveau supérieur, et nous avons relevé les mêmes difficultés que subissent les femmes et leurs accompagnants. Parfois, pour avoir un simple renseignement pour se diriger vers un service de santé approprié, il faut faire la queue ou bien personne ne vous guide. Certaines femmes par manque d'informations ou du mauvais accueil prennent la résolution de ne plus faire recours aux centres de santé pour leur suivi prénatal (Y. Jaffré et *al*, 2003 ; A. Prual et *al*, 2002). Plusieurs patientes se sont plaintes du comportement de certains prestataires de soins de santé qui n'incite pas à engager de discussions leur permettant de comprendre leur état de santé. Pour certaines, l'agent de santé fait peur et elles ne savent pas ce qu'elles pourraient dire pour que ce dernier les réprimande. Il est malheureusement arrivé que des scènes de mécontentement de la part de certaines femmes se dégénèrent en disputes où le prestataire de soins s'est laissé emporté et que les gestantes finalement ont quitté les formations et on juré de ne plus y mettre pied. Dans une étude réalisée à Niamey au Niger, sur 25 décès maternels, il s'est avéré que dans plus de la moitié des cas, la négligence des agents de santé était incriminée. La conclusion était que la force d'habitude de travail, le travail de routine et la dilution des responsabilités au sein des équipes de surveillance prénatale sont sources du laisser-aller et que le dialogue entre agent de santé et femmes enceintes était particulièrement ardu parce qu'ils viennent de classes sociales différentes (A. Prual, 1999). Pour les patientes, un bon soignant est celui qui a de la considération pour les gens, malheureusement, les relations soignants-soignés restent très insatisfaisantes (Y. Jaffré et *al*, 2003). Le temps d'attente très long, que nous avons remarqué et qui était en moyenne de trois à cinq heures démotivait aussi les femmes surtout lorsqu'elles doivent rester debout à un certain moment pour recevoir des soins. Les femmes qui ont des activités à but lucratif et surtout exerçant dans le secteur informel peuvent ne plus revenir pour le reste des rendez-vous CPN. Et pourtant c'est le plus souvent des femmes à haut risque (Ouedraogo C. et *al*, 2001).

A cet effet les agents de santé se sont plaints de leur nombre insuffisant dans l'exécution de leurs tâches ce qui pourrait avoir un effet direct sur leur offre de services et qui est un problème réel. Une

étude réalisée en 1985 par l'OMS avait montré que 99% des décès maternels survenant dans les pays en développement étaient évitables ; les ratios actuels de l'Afrique de l'Ouest montrent qu'ils ne sont pas évités. Parmi les quatre raisons évoquées figurent le manque de personnel et le manque de compréhension des messages sanitaires par les femmes (A. Prual, 1999). Si les femmes ne comprennent pas les messages sanitaires qui leur sont adressés il est évident que les causes ne sont pas cachées. Le manque d'opportunité pour engager des discussions franches et écouter les gestantes fait que les informations ne vont pas circuler entre les prestataires de soins et elles. Certaines femmes enceintes vont repartir chez elles avec leur état de maladie parce que les prestataires de soins restent dans la routine de leur offre de services. A ce propos, il est arrivé qu'au cours de l'administration de notre questionnaire, nous ayons rencontré des gestantes malades avec des traitements inappropriés. Une parmi ces femmes avait de la fièvre, l'asthénie, des maux de tête à un âge gestationnel d'environ quatre mois et selon elle, elle souffrait du paludisme, mais dans sa prise en charge elle affirme que les agents de santé ne lui ont pas donné le temps de leur parler de son état de santé et lui ont remis une ordonnance uniquement pour acheter du fer et de l'acide folique. Une pareille situation s'était présentée au cours l'étude faite par Y. Jaffré et Y.J-P. Olivier de Sardan dans une formation sanitaire à Abidjan (il s'agit de l'exemple de Korotoum).

Le constat général est le non respect des normes de bienséance, le manque d'hygiène verbale, l'absence d'écoute des patientes, l'atmosphère de peur qui règne dans les formations sanitaires, l'absence d'information des personnes qui y ont recours, ces constats sont typiques à ceux qui sont relevés dans les études précédemment citées.

Il ne faut pas négliger l'aspect qui définit les difficultés que les prestataires de soins relèvent face à leurs conditions de travail tels que le manque de personnel, le manque de motivation pour un travail bien fait, l'impunité de certains prestataires ou la discrimination des autres, les salaires bas, le manque de formation etc. L'information ne circule pas également entre tous les niveaux de prises de décisions. En effet, les CPN sont gratuites dans les formations sanitaires publiques notamment au CSPS du secteur 30, mais il y a des ruptures fréquentes de médicaments tels que la SP, le FAF, ainsi que les MII. A ce propos, les gestantes croient en ce moment que ce sont les prestataires de soins qui ne veulent pas leur en donner et cela aussi est source de conflits. Certains problèmes sont liés aux agents de santé, mais il existe ceux liés au niveau proprement systémique. Pour parvenir à de bons résultats dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, tous les domaines d'actions définis par la charte d'Ottawa doivent réellement être pris en compte. Le renforcement de l'action communautaire n'est pas réellement pris en compte et nous l'avons remarqué lors de notre expérience de stage. Certes, il existe des séances de monitoring programmé chaque six mois au cours desquelles les prestataires de soins et les agents administratifs rencontrent les populations pour discuter des problèmes de santé majeurs afin d'y remédier, mais les formations sanitaires doivent essayer de faire mieux en prenant appui sur le soutien effectif des responsables sanitaires.

Notre étude illustre que même le conjoint n'est pas impliqué dans le suivi prénatal de la grossesse de leurs femmes et pourtant ce sont eux qui décident de l'accès aux soins de leurs femmes. Il en est de

même pour les autres membres de la famille et de la communauté. L'OMS recommande qu'il est essentiel de communiquer avec les individus, les familles et les communautés pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (OMS, 2003). En ce qui concerne les Objectifs du Millénaire pour le Développement, à l'orée de 2015, si la situation sanitaire est restée presque identique depuis la définition de ces objectifs, il serait très difficile de les atteindre dans les quatre années restantes.

### *3.4.2 Les variantes spécifiques aux différentes variables étudiées*

#### *Niveau d'instruction*

Vu l'hétérogénéité qui varie de non instruite à instruite, il est important d'adapter les messages adressés aux gestantes en fonction de leur niveau d'étude et de compréhension. Durant toute la période de notre étude nous avons remarqué que les causeries éducatives sont faites en une seule langue locale (le Moré), mais il n'était pas rare qu'au cours de nos entretiens avec les gestantes qu'elles se plaignent de ne pas comprendre la langue utilisée. Cette diversité rend probablement la tâche difficile aux prestataires de soins, mais lorsqu'ils arrivent à faire passer le message, chaque gestante restera alors en mesure de faire passer le message à son tour au niveau de ses paires, de sa famille et de sa communauté.

#### *La profession des gestantes*

Il existe une diversité de domaines d'activités des femmes enceintes, il est donc important de préciser que le temps que ces gestantes vous consacrer aux CPN qui est souvent long va constituer un obstacle pour le prochain rendez-vous surtout si elles ont un manque à gagner en ce qui concerne leur profession. Quant aux salariés, certes c'est leur droit d'avoir accès aux soins prénatals, mais il reste évident que lorsqu'il faut perdre toute une journée de travail pour recevoir des soins qui ne nécessitent pas assez de temps il est très difficile pour les responsables de service d'accorder des permissions aussi aisément à leurs agents. Les élèves représentent près du quart de l'échantillon, elles perdent également de leur temps d'étude pour se rendre aux CPN, cela suscite la nécessité d'adapter les services CPN pour toutes les catégories si nous trouvons qu'il est impératif que toute femme ait accès aux soins prénatals au cours de la grossesse. Si les femmes traversent tous ces obstacles pour arriver en consultation il est important que les prestataires de soins puissent les écouter, les prendre en charge normalement sans toutefois les réprimander parce qu'elles n'auraient pas respecté le jour exact du rendez-vous. Il faut aussi noter, que certains prestataires de soins refusent une CPN à une femme qui n'aurait pas respecté le jour exact du rendez-vous pour la consultation sans toutefois chercher à comprendre ce qui s'est réellement passé pour que la gestante ait décalé la visite ; ce qui n'est pas normal. C'est un défaut de communication et un manque d'éducation pour la santé qui peut probablement occasionner ce genre de situation. Ainsi, il est important de savoir quel type de formation chaque agent de santé a reçu et comment il le met en pratique sur le terrain.

### *L'âge*

Les extrêmes de début et de fin de l'âge de la procréation se situant avant 15 ans et après 35 ans sont un facteur qui contribue à la morbidité et à la mortalité maternelle et néonatale et doivent à cet effet attirer l'attention des prestataires de soins quelque soient leurs corps (OMS, 1978). A elles une attention particulière doit être accordée pour les aider ainsi que leurs familles à sauver leur vie et celle de leurs enfants par une bonne éducation pour la santé en utilisant de bonnes techniques de communication interpersonnelle pour qu'ils aient un consentement éclairé vis-à-vis de la PF. Mais les questions de PF ne sont pas souvent abordées lors des CPN et les prestataires de soins attendent la fin de l'accouchement ou le suivi post natal pour aborder ce sujet.

### *L'accueil*

La majorité des femmes enceintes trouvent que l'accueil est satisfaisant et parfois très satisfaisant. Dans ce contexte des études menées en Mauritanie ont révélé les mêmes constats (Philippe Ranaudin et al, 2008). Pour celles qui sont très satisfaites de l'accueil qui leur est réservé au niveau des formations sanitaires, elles trouvent que les prestataires de soins font de leur mieux pour les satisfaire et ce sont ces dernières qui sont motivées à revenir pour les prochains rendez-vous CPN et à respecter scrupuleusement toutes les indications à suivre pour une bonne évolution de leur grossesse

Les contraintes de résultats tenues par la structure confessionnelle font que les résultats sont meilleurs par rapport au secteur public. Mais la défaillance de l'accueil de la structure confessionnel prouve qu'elle est tenu plus aux résultats qu'à l'humanisation des prestations. Les femmes s'y rendent volontiers à cause du système de recouvrement des frais peu contraignant et moins chers.

### *Le lieu d'attente réservé pour les gestantes*

Si 9,8% des gestantes ne sont pas satisfaites, c'est qu'il y a des manquements à cet effet. Normalement, une salle d'attente doit contenir un certain nombre d'éléments qui permettent aux clients de se mettre à l'aise à l'ombre ou de se distraire en attendant leur tour de passage à cause du temps d'attente très long ; d'étancher leur soif et autres. Mais ces éléments ne sont pas suffisamment pris en compte dans les centres où nous avons effectué notre étude. En dépit de toutes ces insuffisances, les femmes font un effort de venir plus nombreuses aux séances CPN parce qu'elles savent leur importance pour leur santé et celle de leurs enfants. C'est donc par des agissements corrects à leur égard qu'elles pourraient réellement changer de comportement et suivre les conseils qui leur seront prodigués dans les formations sanitaires. Il n'était pas assez rare d'observer à la salle d'attente des femmes qui s'assoient à même le sol en attendant patiemment leur tour de passage pour la consultation. A cet effet il reste important que les prestataires de soins motivent les gestantes à revenir à une prochaine CPN ou à faire recours au service au besoin. Si près des deux tiers des femmes trouvent l'accueil satisfaisant, c'est parce que dans la plupart des cas elles ont peur de faire face aux prestataires de soins ou juste qu'il faut faire l'âne pour avoir le foin ; et si elles osent lever le ton, elles

s'en vont définitivement pour ne plus revenir au centre de santé et elles le signifient clairement à l'agent de santé.

#### *Connaissance des gestantes sur les CPN*

Selon la source d'information des gestantes concernant le nombre de CPN à réaliser, le conjoint représente 9,8% des sources et les médias que 4,9%. Ces résultats révèlent qu'il y a des conjoints qui démontrent un enthousiasme pour le suivi de grossesse de leur femme et donc savent qu'il y va de leur intérêt et celui de leur famille qu'ils soient associés aux CPN. Lors de notre enquête il est arrivé qu'un conjoint participe avec sa femme à l'administration du questionnaire et qu'il affirme son insatisfaction de ne pas être associé à la séance CPN de sa femme. Certaines gestantes également nous ont révélé que leurs conjoints les accompagnent aux CPN mais ils ne sont pas associés aux soins, et s'ils le sont c'est rarement dans le cadre du prélèvement pour le dépistage du VIH par rapport à la PTME. Il faut noter que si le prestataire de soins est primordial au niveau des sources d'informations, il est important que les messages qu'il véhicule respectent les normes scientifiques en vigueur dans l'intérêt de tous. S'il est scientifiquement prouvé que quatre CPN sont essentielles pour le suivi d'une grossesse normale, le prestataire de soins doit donner des informations à ce propos aux intéressés que sont les femmes, leurs familles et leurs communautés. Si 87,8% des gestantes ne savent pas qu'il faut se rendre dès l'absence des règles dans une formation sanitaire pour confirmer la grossesse et son siège, les risques de mourir d'une grossesse extra utérine restent élevés. Il faut noter que c'est la période où les grossesses extra-utérines peuvent se compliquer et le décès peut survenir avec une cause qui probablement restera ignorée et ne sera pas comptabilisée comme cause de mortalité maternelle. A cet effet, il faut noter que certains freins socio-culturels ont été relevés parce que certaines femmes nous ont affirmé qu'il n'est pas bien vu de se rendre dans une formation sanitaire dès l'absence des règles et surtout si elle est sûre que c'est une grossesse, parce que l'état de début de grossesse ne doit pas être dévoilé aux yeux de tout le monde et qu'il faut solliciter le plus tard que possible l'aide d'un prestataire de soins surtout en l'absence de signe de pathologie.

#### *Connaissance sur certains risques liés à la grossesse*

Dans ce contexte, nous n'avons cité que quelques risques classiques, juste pour savoir si cet aspect est pris en compte. Malheureusement, il ressort que dans tous les cas, il y a un défaut dans la transmission des messages essentiels adressés aux femmes enceintes.

#### *Description de l'utilisation de la MII*

Certes ce sont des questions qui sont à première vue banales mais qui prises en compte peuvent permettre une amélioration de la santé maternelle lorsqu'on sait le poids du paludisme en santé publique. Si, sur toutes les gestantes seulement la moitié sait comment il faut placer une moustiquaire pour éviter la piqûre des moustiques et à quel moment, alors l'objectif fixé à cet effet sera loin d'être

atteint et les femmes et leurs enfants continueront par faire le paludisme. La preuve, 48,8% des gestantes ne savent pas comment utiliser un MII pour éviter la piquûre de l'anophèle femelle.

#### *Bilan prénatal*

Si seulement quatre examens biologiques sont demandés aux gestantes alors qu'il s'agit des formations sanitaires urbaines, qu'en serait-il des milieux ruraux ? Certes ce n'est pas une panoplie d'examens rentrant dans le bilan prénatal qui ferait la qualité des soins, mais les examens essentiels scientifiquement valables, à un coût abordable, en prenant en compte le cas des indigents. Certaines femmes lors de notre enquête nous ont révélé qu'elles amènent des échantillons d'urine pour les examens qui ne sont presque jamais faits. Et pourtant parmi les causes des décès maternels, il ressort que les troubles hypertensifs en particulier l'éclampsie restent à l'origine de 12% des décès maternels (OMS, 1999). Quelques fois il suffirait seulement de faire un petit pas vers la communication et l'éducation pour la santé pour obtenir le consentement des femmes et de leurs accompagnants.

#### *Communication interpersonnelle*

Il existe un défaut de communication imputable aux prestataires de soins quelque soit leur statut. Toutes ces raisons avancées relève d'un défaut de communication et d'éducation pour la santé. Nous avons observé lors de notre enquête que toutes les gestantes ne suivent pas la séance d'IEC. Il y a certaines qui apparemment sont désintéressées et qui vont chercher à manger ou à boire devant la formation sanitaire, il y en a qui arrivent en retard et pour ne pas perdre assez de temps dans la formation sanitaire mais elles ne sont souvent pas prises en charge parce que le ramassage de carnet étant déjà été fait, donc doivent revenir pour une prochaine fois. Nous avons interrogé certaines de nos enquêtées sur les thèmes abordés le même jour au cours de l'IEC, mais elles n'ont pas pu nous ressortir l'essentiel.

#### *Préparation à l'accouchement ou à une éventuelle complication*

La totalité des conjoints associés connaissent la plupart des risques liés à la grossesse, et sont tous disposés à accompagner leurs femmes aux visites prénatales. Les quelques rares conjoints qui accompagnent leurs femmes ne sont pas toujours associés. Les conjoints eux même décident volontairement de se rendre au centre de santé avec leurs femmes pour le suivi de la grossesse. Nous tenons ici à préciser que ce n'est pas tout que le conjoint ou la famille de la gestante doit savoir en ce qui concerne la femme pour raison d'éthique et de confidentialité. Mais les aspects qui nécessitent que la femme soit soutenue durant la grossesse, l'accouchement ou les périodes qui suivent l'accouchement doivent associer quelqu'un. C'est l'exemple des recommandations professionnelles de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) en France (HAS, 2005).

Pour la préparation des moyens financiers, il faut noter que c'est indispensable que les femmes enceintes et leurs familles sachent à quoi s'attendre pour pouvoir y faire face au moment opportun.

L'accouchement n'est pas gratuit même si le coût est très bas il existe toujours des coûts cachés que les gestantes et leurs familles ignorent, vu que le plus souvent les complications sont imprévisibles et peuvent surgir à tout moment le long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Les 100% des gestantes ayant reçu l'information concernant le plan de l'accouchement établi avec le prestataire de soins ont affirmé que ce plan est incomplet et que les accompagnants potentiels ne sont pas associés à la CPN. Nous reprecisons ici que les informations ne sont données que lors des causeries éducatives et les questions ne sont pas abordées au cas pour cas.

#### *Récapitulatifs des points forts de la séance CPN des prestataires aux gestantes/accompagnants*

Normalement, à la fin de la consultation l'agent de santé doit s'assurer que la femme a retenu les signes de danger, les indications thérapeutiques et où s'adresser en cas d'urgence, selon les recommandations de l'OMS pour une prise en charge intégrée de la grossesse (OMS, 2009). S'il faut considérer que l'anémie chez une femme la prédispose à l'hémorragie donc à la morbidité ou à la mortalité, ou au faible poids de naissance de son enfant, beaucoup reste à faire. Même si le fer et l'acide folique leur sont donnés, ils ne contribuent à résoudre qu'une partie du problème et peuvent même ne pas corriger l'anémie si les femmes ne savent pas qu'il faut respecter les règles d'hygiène pour éviter les parasitoses digestives. Il est important que les femmes et leurs accompagnants sachent où s'adresser en cas d'urgence. Pour gager le précieux temps de référence/évacuation, même si ce n'est pas en tout temps qu'une urgence nécessite une évacuation. Concernant la démonstration de l'utilisation du préservatif masculin, seul 1% des gestantes a reçu l'information. Dans ce cas précis comme les conjoints ne sont pas associés aux CPN ou viennent très peu pour le dépistage du VIH, il est important que les femmes sachent l'intérêt qu'il y a à utiliser le préservatif au cours de la grossesse pour éviter une contamination au VIH à leurs enfants puisque l'état sérologique des conjoints n'est pas connu.

#### *Sur le plan de la participation communautaire*

Les belles-mères et les belles-sœurs représentant la majorité des accompagnants auxquels les gestantes feront recours pour leurs soins, leur soutien et celui de leurs enfants, il serait indispensable de travailler avec elles. En les responsabilisant plus par une éducation pour la santé et en communiquant avec elles sur les pratiques néfastes à la santé des mères et de leurs enfants, il pourrait alors avoir un changement de comportement favorable à la santé ; puisqu'elles sont détentrices des pratiques coutumières en relation avec la santé des femmes et des enfants.

#### *Etat de satisfaction des gestantes concernant leur suivi prénatal*

Les 19% représentent moins du quart de l'échantillon, mais il faut préciser que ces femmes qui ne sont pas satisfaites de l'offre des services de CPN sont les plus exposées. Cette tranche de femmes nous interpelle parce que si ces femmes se résignent à ne pas faire recours aux formations sanitaires pour

des soins prénatals, pour l'accouchement et pendant la période qui suit l'accouchement, leur vie et celle de leurs enfants sont exposées lorsqu'on sait ce que représente le recours aux soins de qualité pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale.

En ce qui concerne les femmes qui sont satisfaites des CPN, elles ont relevé certains points à améliorer. Elles ont affirmé que le temps passé dans la formation sanitaire est trop long, elles ont aussi remarqué qu'il y a peu de prestataires de soins pour un trop grand nombre de gestantes, qu'il faudrait associer leurs conjoints aux soins prénatals pour qu'ils comprennent l'importance de la préparation à l'accouchement et la planification familiale, qu'il y ait une amélioration de la communication entre les prestataires de soins et elles et ne pas se focaliser seulement sur les informations données au cours des séances d'IEC. Elles ont aussi relevé qu'il faut que les CPN soient réellement gratuites car elles savent que les prestations sont gratuites mais il existe des coûts cachés par exemple les analyses de laboratoire, l'achat des médicaments, etc.

### *3.4.3 Les variantes relatives aux prestataires de soins*

Les agents de santé se plaignent du manque de motivation, des salaires bas qui ne permettent pas de survivre, du manque de formations continues. Il ressort que précédemment, il existait des primes qui motivaient le personnel soignant à toujours faire un travail de qualité. Mais ces primes ont été supprimées, alors il faudra trouver d'autres sources de revenu pour faire vivre sa famille.

Nous avons également remarqué qu'il y a une insuffisance de certaines catégories de prestataires de soins. Ainsi pour la PMI du CSPS du secteur 30, il n'y a qu'une seule sage-femme et qui est en même temps responsable du service de maternité et deux autres à la maternité. Mais contrairement il y a plusieurs accoucheuses ; en moyenne trois pour les prestations CPN, deux pour le service de la PF, une pour le centre de dépistage du VIH dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et une ou deux par moment pour le suivi de la promotion de la croissance des enfants et de la vaccination. Une seule sage-femme chargée de coordonner les activités de la PMI, reste insuffisant et peut avoir des conséquences sur la prestation des soins de qualité notamment le dépistage de certains risques majeurs qui pourraient exposer les mères et de leurs enfants à une morbidité et à une mortalité élevées. Il ressort dans ce contexte qu'une étude menée dans le cadre d'une analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou a conclu qu'il serait nécessaire de réorganiser la consultation prénatale pour améliorer la prise en charge des grossesses à risque (Ouédraogo C. et al, 2001). Mais faut-il également que ceux qui offrent les soins dans ce domaine aient des aptitudes à reconnaître ces risques, à les prendre en charge correctement, y inclut une référence au niveau supérieur au besoin.

Contrairement au CM St Camille, les sages femmes sont plus nombreuses et sont chargées des prestations dans le cadre du suivi prénatal avec la présence d'un médecin spécialisé en gynécologie et obstétrique. Ce qui donne l'avantage à ce centre au vu des résultats de notre recherche.

## 4 Proposition : Mise en œuvre d'un projet professionnel

### 4.1 Plan de communication

#### 4.1.1 Objectifs

*Objectif général :*

Améliorer la prise en charge des femmes enceintes au cours du suivi prénatal.

*Objectifs spécifiques :*

- 1- Décrire le plan d'action de la communication et de l'éducation en faveur de la santé maternelle et néonatale.
- 2- Identifier les pratiques néfastes à la santé maternelle et infantile en vue de leur élimination.
- 3- Dégager les efforts faits pour améliorer la santé maternelle et néonatale et agir sur ce qui ne marche pas.
- 4- S'appuyer sur les structures préexistantes pour instituer le plan de communication en stratégie fixe, mobile et avancé.
- 5- Faire des propositions en vue d'améliorer les stratégies d'information, d'éducation et de communication pour un changement de comportement en faveur de la santé maternelle et néonatale.

#### 4.1.2 Activités à réaliser :

- Plaider auprès des autorités compétentes pour l'augmentation du nombre de prestataires de soins et leur diversification.
- Rechercher les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des mères et des nouveau-nés (freins à l'allaitement maternel, le soin du cordon ombilical, le manque d'hygiène, les infusions données aux mères et à leurs enfants, les mauvaises habitudes alimentaires, la dénutrition des jeunes filles, etc.)
- Aménager des espaces d'accueil des femmes enceintes et de leurs accompagnants à la maternité et dans le service de promotion de la santé maternelle et infantile (PMI).
- Déterminer les facteurs tels que la pauvreté, la distance, le manque d'information, l'inadéquation de services de santé, et les pratiques culturelles qui empêchent les femmes et leurs enfants d'avoir accès aux soins.

- Sensibiliser et former les prestataires de soins intervenant dans le cadre de la promotion de la santé maternelle et infantile sur l'importance d'un bon accueil, de l'utilité de l'information, l'éducation et la communication en santé en général et en santé génésique en particulier.
- Sensibiliser les prestataires de soins sur l'importance de travailler en collaboration avec les individus, les familles et les communautés pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile.
- Rechercher les canaux d'information permettant d'atteindre les populations.
- Enquêter sur les facteurs favorisant des avortements clandestins afin d'aider à trouver des solutions pour y remédier.
- Sensibiliser le personnel de santé sur l'importance de la préparation à l'accouchement ou à une éventuelle complication au cours de la grossesse, de l'accouchement ou les périodes qui suivent l'accouchement ou l'avortement ; afin de leur permettre à leur tour de sensibiliser les populations à cet effet.
- Apporter les informations appropriées aux femmes, leurs conjoints, leurs familles et leurs communautés concernant la planification familiale.
- Informer, éduquer les populations sur la prévention des affections telles que le VIH/Sida, les IST, le paludisme ; communiquer avec elles pour un changement de comportement.

#### 4.1.3 *Le choix des populations cibles :*

Dans ce contexte, nous tiendrons compte des préoccupations des populations, leur identité culturelle, leur niveau de connaissance, leur façon de communiquer, leur regard face au programme d'éducation et de communication pour la santé maternelle et infantile. C'est à cet effet que pour atteindre les objectifs de notre projet, nous allons travailler avec un certain nombre d'acteurs. Il s'agit :

- ✓ De collaborer avec les médias pour une large diffusion des informations.
- ✓ Au niveau communautaire, organiser en collaboration avec les institutions de la santé (Directions Régionales de la Santé, Directions Préfectorales de la Santé, Hôpitaux, Centres Médico-sociaux, Unités de Soins Périphériques) des séances de sensibilisation pour un changement de comportement, de mentalité, en ce qui concerne les divers thèmes relatifs aux facteurs de risque liés à la grossesse et à l'accouchement. A cette phase, nous allons nous appuyer sur les compétences des socio-anthropologues avec qui nous aurons une franche collaboration parce qu'ils sont les plus avertis en matière d'approche des populations, de ce fait pour une communication sociale ; surtout celle des milieux ruraux avec lesquels nous préconisons plus travailler, et dont l'adhésion aux objectifs de sensibilisation peut être difficile.
- ✓ Les psychologues qui auront pour tâche dans les formations sanitaires, d'entreprendre des actions pour conscientiser les femmes et leurs accompagnants pour une implication totale et effective à

tous les processus de prise en charge des femmes pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et la période qui la suit, ainsi que leurs enfants.

Il faut préciser que le sociologue à cet effet pourra aider à comprendre les raisons de résistance qui peuvent être observées telles que la non préparation à l'accouchement ou à d'éventuelles complications, le non achat de médicaments, la non observance des traitements, la lenteur dans le processus de référence/évacuation et contre référence, la libération prématurée des patientes et de leurs enfants, les évasions avec ou sans guérison malgré le travail des prestataires de soins.

Les responsables traditionnels et les leaders d'opinion tels que les chefs canton, de village, de quartier, les sages, les personnes ressources de la communauté, les chefs religieux, qui seront systématiquement associés aux campagnes d'éducation et de communication pour la santé et qui feront office de guides ou de modèles pour leurs populations. Ceci permettra quelque soit le problème de santé abordé, que les stratégies d'éducation et de communication puissent être efficaces.

Pour que les populations puissent adhérer aux diverses stratégies et comprendre suffisamment les messages qui leur seront adressés, nous utiliserons les méthodes de communication adaptées à chacune d'elles. Ce volet prendra en considération la langue, le niveau d'instruction, les pratiques, les mœurs, l'aspect culturel, la religion, les coutumes, etc.

#### 4.1.4 Résultats attendus:

- Obtenir des femmes enceintes les quatre consultations prénatales exigées et une augmentation de leur taux de fréquentation au niveau des formations sanitaires.
- Obtenir du personnel de santé des prestations de soins de qualité au cours des quatre CPN.
- Obtenir une adhésion de la famille et de la communauté lors du suivi prénatal de la femme enceinte.
- Améliorer l'aptitude des femmes enceintes, de leurs familles et communautés à comprendre les messages reçus (risques liés à la grossesse et la conduite à tenir pour le suivi normal de la grossesse ou en cas de complication liées à la grossesse) au cours des consultations prénatales.
- Obtenir la compréhension par les femmes enceintes et leurs entourages des explications fournies par le personnel de santé et une adhésion aux recommandations préventives et curatives (TPI et Prévention de la carence martiale et d'autres micronutriments, alimentation de la jeune fille, etc.).
- Obtenir une adhésion du personnel de santé à donner des informations nécessaires, essentielles, de qualité, et leur disponibilité à améliorer leurs prestations par : leur disponibilité, leur écoute, l'utilisation d'un langage clair et compréhensible tout en s'assurant que les messages soient compris par leurs interlocuteurs.
- Améliorer la prise en charge des femmes enceintes au cours du suivi prénatal.

- Obtenir une interaction patiente et sage-femme et autres prestataires de soins à chaque CPN pour la construction d'une relation de confiance indispensable pour une meilleure prise en charge.
- Améliorer les compétences des sages-femmes et des autres prestataires de soins par des formations régulières et adaptées en fonction des besoins.

#### 4.1.5 *Budgétisation*

Concernant la budgétisation de ce projet, nous précisons qu'elle se fera évaluée après la deuxième phase de l'enquête qui va se dérouler au Togo. Cette phase sera celle de la rencontre avec l'équipe constituée des différents acteurs que nous avons cités ci-dessus. Une étude socio-anthropologique sera réalisée auprès des populations afin d'estimer leurs besoins réels dans ce domaine et voir la faisabilité en relevant les forces, faiblesses, opportunités et menaces. Il faut aussi préciser que les différents frais relatifs à la motivation du personnel seront aussi étudiés pour que le projet puisse aboutir.

Ces différentes raisons font que nous ne pouvons pas définir le budget exact de ce projet. Les différents détails relatifs au planning des activités sont résumés dans les plans de communication en annexes en fonction des différentes stratégies à mettre en œuvre.

#### 4.1.6 *Les différentes stratégies*

- La stratégie fixe sera celle mise en œuvre dans les formations sanitaires
- La stratégie avancée est choisie pour rencontrer les populations à des occasions comme les jours de rassemblement populaire (jours de marché, autres événements populaires)
- La stratégie mobile est dirigée vers les populations dispersées, enclavées, les visites à domicile sont prévues à cet effet.

Voir les annexes 3 ; 4 ; 5 pour les détails relatifs au plan de communication.

## Conclusion

Les ratios de mortalité maternelle et néonatale vont encore demeurer un problème de développement s'il n'y a pas une réelle implication dans les milieux défavorisés notamment en Afrique subsaharienne, malgré tous les efforts consacrés à cet effet. Ceci reste lié au fait que tous les programmes mis en œuvre pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile présentent des faiblesses relatives de la mise en œuvre des programmes au suivi et à l'évaluation. Les mêmes constats faits, il y a des décennies, sur la qualité des prestations de soins perdurent. L'étude que nous avons réalisée dans le cadre de notre stage de mise en situation professionnelle dans le district de Bogodogo au Burkina Faso relève des tendances communes relevées par Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan en 2003. Ce qui prouve que les problèmes relatifs à la santé maternelle et néonatale sont presque semblables en excluant les spécificités propres à chaque pays ou région. Cette étude révèle que la qualité des relations prestataires de soins et femmes enceintes reste insuffisamment satisfaisante et demeure d'actualité. L'éducation pour la santé et la communication ne sont pas réellement intégrées aux services chargés du suivi prénatal, ce qui ne permet pas d'apporter une aide aux femmes enceintes, leurs conjoints, leurs familles et leurs communautés en leur permettant d'acquérir des connaissances afin d'appréhender les questions relatives aux risques liés à la grossesse et comment se préparer à faire face aux différentes éventualités de la terminaison d'une grossesse, vu que les événements liés à la grossesse et qui peuvent être fatals à la femme sont imprévisibles. Il ressort également que tous les acteurs ne sont pas vraiment impliqués dans l'offre des soins en ce qui concerne la santé des mères et de leurs enfants. Les membres influents que sont les conjoints et certains membres de la belle-famille des femmes enceintes, et qui ont le pouvoir décisionnel de l'accès aux soins de celles-ci sont quasiment exclus des CPN. Pour ces diverses raisons, il serait impératif que les prestataires de soins s'engagent à donner des prestations de qualité lors des CPN avec pour objet que les femmes accouchent avec l'aide d'un agent de santé qualifié et compétent. Les femmes enceintes ont aussi besoin du soutien de leurs conjoints, familles et communautés pour mener à bien leur grossesse et mieux s'occuper de leurs bébés après la naissance et adhérer au programme de planification familiale. Les systèmes de soins en l'Afrique subsaharienne en général et au Burkina Faso en particulier doivent mettre en œuvre des stratégies favorables aux offres de soins de qualité. Ils doivent renforcer les compétences des prestataires de soins à mener des programmes d'éducation pour la santé de façon efficace et efficiente, et adopter des stratégies de communication appropriées pour une amélioration de la santé des femmes et de leurs enfants ; qui jusqu'à présent sont sujets à un manque d'équité dans l'offre des soins et des droits de l'homme. Il faut aussi reconnaître que l'éducation et la communication permettent aux individus d'avoir accès à l'information dans la perspective d'un changement de comportement, et travailler avec tous les déterminants relatifs à la santé maternelle et infantile. Cette perspective donnera à chaque nouveau-né sa chance de vivre, puisque la survie du nouveau-né reste liée à celle de la mère en Afrique (Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile, 2006).

## Références Bibliographiques

A. Picaud, A.R. Nlome-Nze, A. Faye; V. Kouvahe; D. Kpodar, F. Ouzouaki, M.T. Nikiti, S. Saleh.

Evolution de la fréquence de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) de 1977 à 1989. Médecine d'Afrique Noire : 1992, 39 (12).

A. Prual, L. de Bernis, D. Ould El Joud. Santé maternelle en Afrique : Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne. Edition MACON, Paris 2002, Pages 91-99.

A. Prual. Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest. Vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999, volume 11, No 2, pp. 167-185.

Awa Coll-Seck, Bouvier-Colle, Claire Brisset, Marie-Hélène. Femmes et programmes de santé en Afrique. Les programmes de santé. adsp n° 30 mars 2000, p.51-55.  
<http://www.hcsp.fr/docs/pdf/adsp/adsp-30/ad305155.pdf>

Consulté le 05/02/2011

Ban Ki-moon. Stratégies mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. New York: ONU, 2010.

[http://www.un.org/french/sg/pdf/global\\_strategy\\_2010.pdf](http://www.un.org/french/sg/pdf/global_strategy_2010.pdf)

Consulté le 15/01/2011.

Banque Mondiale/UNICEF. La situation des enfants dans le monde, childinfin, et Enquête démographique en santé Femmes enceintes recevant des soins prénataux. Banque Mondiale, 2010

Cécile Marie Zoungrana et Anne Paré. Mortalité maternelle au Burkina Faso. Etat des connaissances sur le Sujet. Santé de la mère et de l'enfant : Exemple africain. Éditions IRD; Collection Colloques et séminaires, Paris, 1999, pp.81-107.

Charlemagne Ouédraogo, Fabienne Richard, Juliette Compaoré, Cyril Wissoq, Dominique Ouattara, Marc-Eric Gruénais, et Vincent De Brouwere. Partage de coût pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso. Studies in HSOEP, 25, 2008, p.55-89. CNLS-IST BF, ONUSIDA (2010) : Rapport UNGASS du Burkina Faso 2010, Rapport de suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA 40p.

Danièle Jourdain-Menninger, Bernadette Roussile, Patricia Vienne et Christophe Lannelongue. Etude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse. Tome III/III-Rapports de sites. Rapport n° RM 2006-163 p.

<http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/RapportPMI3.pdf>

Consulté le 11/02/2011.

Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique. Joy Lawn et Kate Kerber, éd. Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile, Cape Town, 2006.

Enquête démographique et de santé du Burkina Faso(EDSB) 2003.

Fabienne Lemonnier, Julie Bottéro, Isabelle Vincent, Christine Ferron. Référence de bonne pratique. Outils d'intervention pour la santé : critères de qualité. Edition inpes, 2003.

Fabienne Richard, Sophie Witter et Vincent De Brouwer. Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faible ressources. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 25, 2008, p.7-55.

FNUAP. Skilled attendance at birth: fact sheet, FNUAP, Genève.  
<http://www.unfpa.org/mother/skilled.alt.html>

Consulté le 12/12/2010

François-Xavier Schweyer, Simone Penneç, Geneviève Cresson, François Bouchayer. Normes et valeurs dans le champ de la santé. Edition ENSP, 2004, p291-300.

Graham, W. L., J. Cairns, S. Bhattacharya, C. H.W. Bullough, Z. Quayyum, et K. Rogo. 2006. « Maternal and Perinatal Conditions » dans *Disease Control Priorities in Development Countries*, 2<sup>nd</sup> éd. D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, et P. Musgrove, 591-603. New York : Oxford University Press.

H.S. Dhillon et Lois Philip. Promotion de la santé et action communautaire en faveur de la santé dans les pays en développement. Genève : OMS, 1995. p144

HAS. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponse. INPES, 2007.

[http://www.inpes.santé.fr/70000/cp/07/pdf/Qestion\\_reponseETP.pdf](http://www.inpes.santé.fr/70000/cp/07/pdf/Qestion_reponseETP.pdf)

Consulté le 11/02/2011

HAS. Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). HAS, 2005.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)

Consulté le 05/02/2011

Heffner L J, Elkin E, Fretts R C. Impact of labor induction, gestational age and maternal age on cesarean delivery rates. *Obst. Gynecol.* 2003; 102: 287-293.

Hill K., Abou Zahr C., Wardlan T. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bull WHO* 2001; 79: 182- 93.

Jacques Fröchen. Peu de signe d'amélioration en matière de santé maternelle. Health education programme. Revue de presse, 2006. Rapporte sur la santé dans le monde. Genève : OMS, 2005.

[http://www.whop.info/IMG/\\_article\\_PDF/article\\_32.pdf](http://www.whop.info/IMG/_article_PDF/article_32.pdf)

Consulté le 26/02/2011.

Josephine Borgi, Katérine Tagmatarchi Storen et Veronique Filippé. Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages. *Studies in HSOPEP*, 25, 2008, p21-52.

L. Bernis. Santé de la mère et du nouveau-né. Mortalité maternelle dans les pays en développement : Quelles stratégies adopter. *Med Trop* 2003 ; 63, pages 391-339.

Lévy E., L'éducation pour la santé, avis du conseil économique et social (session des 22 et 23 juin 1982), Paris, 1982, p. 858.

Lise Beck. La santé des nouveau-nés au Rwanda. Evolution des facteurs de risques associés aux tendances de la mortalité néonatale. *Santé publique* 2009, volume 21, pp. 159-172.

Lori Ashford. Rapport de politique générale. Souffrance cachée : handicaps provoqués par la grossesse et l'accouchement dans les pays moins avancés. 2002, page 5.

Marie-Therese Arcens Somé. Femme, information et santé en Afrique. Octobre 2007.

<http://whep.info/spip.php?article84>

Consulté le 12/12/2010

Ministère de la Santé, Burkina Faso: Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso (feuille de route), 2006.

OMS. Antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Genève: OMS, 2002.

OMS. Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Département santé et recherche génésique. Genève OMS, 2004.

OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS, 1986.  
<http://www.edm.ch/fr/documents/CharterOttawa.pdf>

Consulté le 28/12/10

OMS. Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes. Dixième révision, volume 1. Genève : OMS, 1993.

OMS. Compte à rebours : survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Rapport décennal du compte à rebours 2015.

[http://www.\\_goals/child\\_mortality/countdown\\_2010\\_pdf](http://www._goals/child_mortality/countdown_2010_pdf).

Consulté le 25/02/2011.

OMS. Département grossesse à moindre risque. Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Genève : OMS, 2010, pages 3, 5, 8.

OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : OMS, 1999.  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)

Consulté le 11/02/2011.

OMS. La mortalité maternelle ne diminue pas suffisamment dans les pays en développement. Genève : OMS, 2007.

OMS. Le droit à la santé. Aide mémoire. Genève : OMS, 2007.

OMS. Mortalité maternelle. Aide mémoire N° 348. Genève : OMS, 2010

OMS. Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. Comment améliorer la couverture et la qualité des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale en mesurant les moyens aux quels sont exposés les individus et les collectivités. Genève : OMS 1978. Publication offset, N° 39.

OMS. Pour une maternité à moindre risque. Les objectifs du millénaire pour le développement 5 : Améliorer la santé maternelle. Genève : OMS, 2010.

OMS. Pour une maternité à moindre risque. Objectifs du millénaire pour le développement 5 : Améliorer la santé maternelle. Genève : OMS ; 2010.

OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : OMS, 2005.

OMS. Travailler avec les individus, les familles et communautés pour améliorer la santé materno-infantile (IFC). Genève : OMS, 2003

OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale. Réduction de la mortalité maternelle. Déclaration commune. Genève : OMS, 1999.

OMS/FNUAP/UNICEF/BM. Prise en charge intégrée de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles, 2<sup>ème</sup> édition. Genève : OMS ; 2009.

OMS/ONU. Rita Luthra. Une maternité sans risque : une question des droits humains et de la justice sociale. Chronique édition en ligne, 2005.  
<http://www.un.org/french/pubs/chronique/2005/numero2/0205p14.html>

Consulté le 10/02/2010.

ONU. La mortalité maternelle, une priorité de l'ONU .New York, 2008.

<http://www.femme.blogs.courrierinternational.com/archive/2008/10/02/la-mortalite-maternelle-une-priorite-de-l-onu.html>

Consulté le 20/06/2010.

Ouédraogo C., Ouadraogo A. Ouattara T., Akotiongna M., Thieba B., Lankoandé J., Koné B. La mortalité maternelle au Burkina Faso. Evolution et stratégies nationale de lutte. Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11), p. 451-456.

Philippe Lamoureux. Education pour la santé pour mieux vivre : Evaluer l'éducation pour la santé. Concepts et méthodes. Collection séminaires. Edition INPES. Université Victor-Segalen Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998.p13, 31 à 33, 55à 68.

Philippe Renaudi, Mohamed Ould Abdel Kader et al. La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie. Studies in HSOPEP, 25, 2008, p 93-119.

Plan National de Développement Sanitaire du Burkina Faso 2001- 2010

Plan National de Développement Sanitaire du Togo 2009-2013

PNUD. Le PNUD publie l'indice de développement humain 2010.  
<http://www.mediaterre.org/international/actu,20101115171328.html>

Consulté le 24/01/2011

PNUD. Rapport sur le développement humain 2010. La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain. édition du 20e anniversaire du RDH, 2010, p. 15 et 169.

[http://www.campagnedumillenaire.org/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_le\\_developpement\\_humain\\_2010.pdf](http://www.campagnedumillenaire.org/IMG/pdf/Rapport_sur_le_developpement_humain_2010.pdf)

Consulté le 24/01/2011

R.H. HART, M.A. BELSEY, E.TARIMO. L'intégration des services de santé maternelle et infantile des soins de santé primaires. Considération pratique. OMS 1991 page 1, 13, 14.

République du Niger, Réseau pour l'éradication des fistules : Formation des relais communautaires en santé maternelle et néonatale, cahier du participant. Mars-Avril 2008. Pages 7-10, 28-39.

République Française. Direction de la protection maternelle et infantile. Pôle Enfance Famille. Rapport d'activité 2009.

[http://www.essonne.fr/fileadmin/le\\_departement/services\\_cg/rapport\\_activite\\_cg91\\_2009.pdf](http://www.essonne.fr/fileadmin/le_departement/services_cg/rapport_activite_cg91_2009.pdf) Consulté le 12/02/2011.

Thaddeus S. et Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Sciences and Medicine 38, 1994, p.110-1091.

UNICEF. Tracking progress in maternal, newborn and child survival. The 2008 report. New York, UNICEF, 2007.

UNICEF/UNESCO/OMS. Savoir pour sauver : Le défi de la communication. Genève : OMS, 1993.

UNICEF-Burkina Faso, statistiques, indicateurs de base :  
<http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafasostatistics.html>.

Consulté le 20/05/2010

USAID/acces. Soins prénatales focalisées: Fournir des soins intégrés, individualisés au cours de la grossesse. 2007

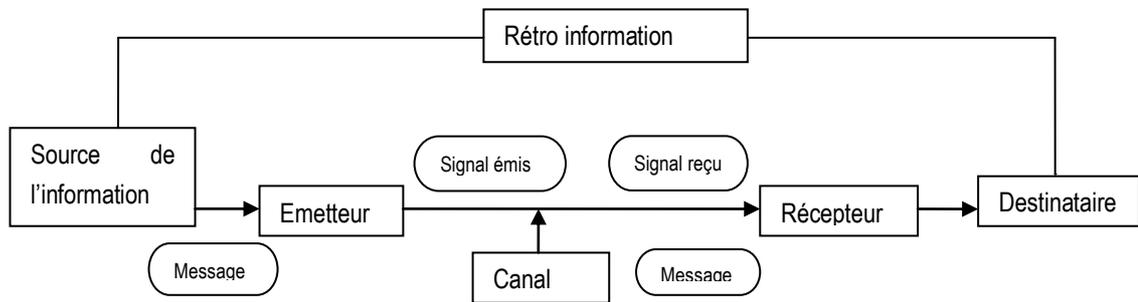
Villar J., Berges P. Scientific basic for the context of routine antenatal care. I. Phylosaphy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavia, 1997, 76: 1-14.

WHO-UNICEF. Revised estimated of maternal mortality. Geneva, WHO-UNICEF, 1996.

Y. Jaffé et J.-P. Olivier de Sardan. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest. APAD-KARTHALA, 2003, pp. 33-38.

## Annexes

### Annexe 1



**Schéma 1** SCHEMA DE LA COMMUNICATION

**Source :** Auteur inspiré des analyses documentaires

#### b- Les supports de la communication

##### ➤ La boîte à image (BAI)

- La boîte à images est un support visuel éducatif, interactif, comprenant une série d'illustrations sur un thème donné, imprimées sur des pages successives, dont chacune constitue un appui visuel d'animation.
- Les cibles

Les messages contenus dans cette boîte à images s'adressent à tous les groupes cible de la santé de la mère et du nouveau-né quel que soit leur statut social, leur lieu de résidence et leur niveau d'instruction.

- Le principe :

La BAI est un support simple qui doit servir aux relais auprès de femmes enceintes et leurs accompagnants pendant les sessions d'éducation.

##### ➤ Autres supports de la communication

- affiches / images
- objets réels/ concrets (*condom, pilule, norplant, etc.*)
- jeux de rôle/ saynète/ sketch

**b. Principe à suivre pour une communication de qualité en CPN**

➤ **Communiquer avec la patiente et la personne qui l'accompagne**

- Faire en sorte que la patiente et son accompagnant se sentent les bienvenus
- Toujours faire preuve de bienveillance, de respect et s'abstenir de porter un jugement (très important)
- Utiliser un langage simple et clair
- Encourager la patiente à poser des questions
- Demander et fournir des informations concernant ses besoins
- Les aider à comprendre quelles possibilités ils ont et à prendre des décisions

A chaque examen ou à chaque intervention, obtenir le consentement de la gestante, lui expliquer ce que l'on fait.

- Lui indiquer sommairement les informations les plus importantes y compris celles qui concernent les analyses de laboratoire et les traitements ordinaires.
- S'assurer qu'elle a retenu les signes d'urgence ainsi que les indications thérapeutiques, quand revenir et où s'adresser,
- Vérifier si elle a compris en lui demandant de vous expliquer ou de vous montrer les consignes du traitement (au cours du résumé de la CPN)

➤ **Respect de l'intimité et de la confidentialité**

Pour tout les contacts avec la patiente et son partenaire :

- Veiller à utiliser un lieu privé pour l'examen et l'entretien
- S'assurer lorsque l'on discute/transmet les messages nécessaires que l'on ne risque pas d'être entendu par d'autres personnes
- S'assurer que l'on a le consentement de la patiente avant de s'entretenir avec son partenaire ou sa famille
- Ne jamais faire part d'informations confidentielles concernant la cliente à d'autres prestataires de soins ou à toute personne ne travaillant pas dans l'établissement
- Agencer le lieu d'examen de telle sorte que lors de l'examen, la patiente soit à l'abri des regards d'autres personnes
- Veiller à ce que tous les dossiers soient confidentiels et les mettre sous clé
- Limiter l'accès au registre aux prestataires de soins uniquement.

➤ **Prescriptions et recommandations des traitements et des mesures préventives pour la patiente**

Un traitement (médicaments, vaccin) à la patiente ou lorsqu'on lui prescrit des mesures à prendre chez elle (utilisation de la moustiquaire, de préservatifs), il faut :

- Expliquer à la patiente en quoi consiste le traitement et à quoi ça sert
- Lui expliquer que le traitement est sans danger pour elle et pour son enfant et qu'il peut être plus dangereux de ne pas le suivre
- Lui donner des conseils clairs et utiles sur la manière de prendre les médicaments régulièrement (Fer, acide folique etc.)
- Lui expliquer quels sont les effets secondaires, qu'ils sont sans gravité et comment elle peut y pallier
- Lui donner des conseils de revenir si elle a du mal à prendre ses médicaments ou si cela lui pose des problèmes.
- Discuter avec elle de l'importance d'acheter et de prendre les quantités prescrites, l'aider à envisager comment elle payera les médicaments.

➤ **Préparation à l'accouchement et à l'urgence :**

Il est impératif de faire un point sur le plan d'accouchement et d'urgence au cours des CPN.

Le prestataire ne doit pas surtout attendre la fin de grossesse pour le faire, car il faudra assez de temps à la gestante, sa famille, sa communauté pour se préparer à l'accouchement ou à d'éventuelles complications.

- Expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé.
- Expliquer quelles sont les dispositions à prendre
- Lui indiquer quand se présenter à l'établissement de santé

**c. Les différents types de communication**

On distingue :

- ✓ La communication interpersonnelle qui est un processus d'envoi et de réception d'informations entre deux personnes (entre le soignant et la femme enceinte ou son accompagnant), le feed-back est nécessaire pour qu'on parle de communication.
- ✓ La communication de groupe est celle qui se déroule entre un groupe de personnes (causerie éducative)
- ✓ La communication de masse est l'ensemble des techniques qui permettent de mettre à la disposition d'un vaste public toutes sortes de messages.

✓ La communication bilatérale serait d'un intérêt particulier en CPN en ce qui concerne la perception des risques liés à la grossesse.

**d. Conditions pour réussir une bonne communication interpersonnelle**

- Classifier le contenu des messages à transmettre
- le choix du moment et l'organisation du contenu
- la façon de présenter les faits
- avoir une écoute active et attentive
- faire jouer l'empathie

**e. Qualités d'un bon animateur**

➤ **Attitudes**

- \* Accueillant
- \* Respectueux, poli, courtois
- \* Attentif aux réactions du public
- \* Flexible
- \* Dynamique
- \* Créatif
- \* Bien organisé
- \* Sensible aux sentiments des autres
- \* Patient
- \* Disponible
- \* Tenue correcte (culturellement acceptable), etc.

➤ **Compétences de base en communication**

- \* Maîtrise du sujet
- \* Sait faire des synthèses
- \* Adopte un langage simple
- \* Fait participer l'auditoire
- \* Écoute attentivement
- \* Pratique l'écoute active
- \* Sait reformuler

- \*Sait observer : beaucoup d'informations peuvent être obtenues à partir de l'observation
- \* Sait analyser et interpréter
- \* Sait poser des questions ouvertes
- \* Suggère des alternatives
- \* Sait récapituler, etc.

## Annexe 2

### Les différentes composantes à prendre en compte pour une amélioration de la santé maternelle et néonatale

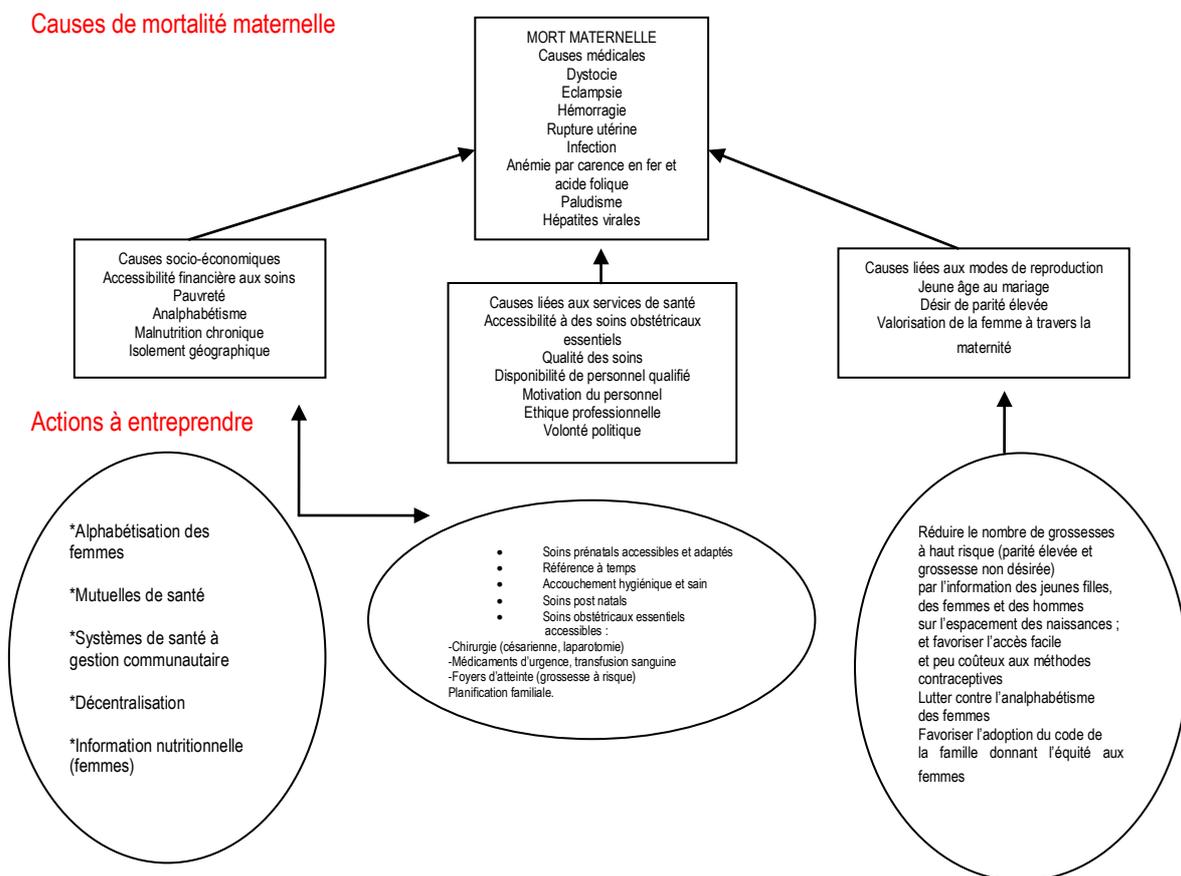


Figure 7 **Schéma 2** : Déterminants de la santé maternelle  
Auteur :A.Pruai,1999

**Annexe 3 : Plan de communication : Stratégie Fixe (dans les formations sanitaires)**

**Nom de la formation sanitaire :**

1	2		3	4	5	6		7						
Objectifs	Populations cibles	Nombre et date	Contenu	Mode de communication	Echéancier (tous les jours ouvrables) Dates	Personnes Responsables	Nom et signature du prestataire	Ressources						
								Matérielles	Budgétaires					
<p>*Former tous le personnel de la formation sanitaire à l'éducation et à la communication pour la santé.</p> <p>*Offrir des informations à toutes les femmes enceintes, leurs conjoints et accompagnants qui font recours aux services CPN</p> <p>*Attirer l'attention des tous ceux qui ont accès aux services CPN sur l'importance et l'intérêt de suivre les causeries éducatives.</p> <p>*S'assurer que tous les clients sont imprégnés des messages transmis.</p> <p>*Inciter les populations pour un réel changement de comportement en faveur de la santé maternelle et infantile</p>	Femmes enceintes		Thème du jour : en rapport avec les risques liés à la grossesse et le plan d'accouchement	*Causeries éducatives	Lundi --/------	*Médecins *Sages-femmes (CHU, CHR, CHP, CMS, etc.) *Infirmiers et accoucheuses auxiliaires(USP) *Socio-anthropologues *Psychologues *Responsables culturels *Médias *.....		*Salle d'attente bien aménagée *Pote téléviseur *Rétroprojecteur *Un ordinateur *Ecran *Connexion internet (si possible) *Réfrigérateur *Sièges confortables *Boîtes à image *Dépliants *Téléphone portable *Motos pour les sorties sur le terrain *Voitures de liaison	*Font alloués pour l'achat de tout le matériel nécessaire (Budget exact) *Fonts nécessaires pour la motivation du personnel (Primes, ristournes et autres) *Fonts prévisionnels pour la maintenance et d'éventuels coûts cachés					
										Mardi --/------				
										Mercredi --/------				
	Conjoints				*Communication interpersonnelle					Jeudi --/------				
	Accompagnants				*Counseling					Vendredi --/------				
	Autres (notifier)													
<b>TOTAL</b>						Même prestataire ne pas le signaler plusieurs fois								
<b>Suivi et évaluation :</b>														
<b>Remarque :</b>														

**Annexe 4 : Plan de communication : Stratégie mobile**

**Zone d'intervention :**

1	2	3	4	5	6	7		
Objectifs	Populations cibles :	Contenu	Mode de communication	Echéancier jour de rassemblement des populations : jour de marché, ou autres événements populaires (le préciser) Dates--/--/----	Personne Responsables	Nom et signature du prestataire	Ressources	
							Matérielles	Budgétaires
<p>*Former tous le personnel de la formation sanitaire à l'éducation et à la communication pour la santé.</p> <p>*Offrir des informations à toutes les femmes enceintes, leurs conjoints et accompagnants afin qu'ils fassent recours aux services CPN avec pour aboutissement un accouchement assisté de prestataires qualifiés.</p> <p>*Attirer l'attention des tous ceux qui ont accès aux services CPN sur l'importance et l'intérêt de suivre les causeries éducatives</p> <p>*S'assurer que les populations sont imprégnées des messages transmis</p> <p>*Inciter les populations pour un réel changement de comportement en faveur de la santé maternelle et infantile</p>	<p>les individus (femmes en âge de procréer, hommes, femmes, femmes enceintes etc.), les familles et les communautés</p>	<p>Thème du jour : En rapport avec les risques liés à la grossesse et le plan d'accouchement</p> <p>En rapport avec la planification familiale</p> <p>En rapport avec les avortements clandestins</p>	<p>*Causeries de masse *Causeries de groupe</p> <p>*Communication interpersonnelle</p> <p>*Counseling (diriger les gents vers les formations sanitaire)</p>	<p>Chaque mois ou à échéance réduit si présence d'une opportunité</p>	<p>*Médecins *Sages-femmes (CHU, CHR, CHP, CMS) *Infirmiers et accoucheuses auxiliaires(USP) *Socio-anthropologues *Psychologues *Responsables culturels *Médias *.....</p>		<p>*Aménagement du lieu de rassemblement *(Pote téléviseur) *Rétroprojecteur *Un ordinateur *Ecran *Connexion internet *Boîtes à image *Dépliants *Téléphone portable *Motos pour les sorties sur le terrain *Voitures de liaison</p>	<p>*Fonts alloués pour l'achat de tout le matériel nécessaire (Budget exact)</p> <p>*Fonts nécessaires pour la motivation du personnel (Primes ristournes et autres)</p> <p>*Fonts prévisionnels pour la maintenance et d'éventuels coûts cachés</p> <p>*Primes de déplacement</p>
<b>Total</b>								
<b>Remarques particulières</b>								
<b>Suivi et évaluation</b>								

**Annexe 5 : Plan de communication : Stratégie avancée**

**Zone d'intervention :**

1	2	3	4	5	6		7	
Objectifs	Populations cibles :	Contenu	Mode de communication	Echéancier jour de rassemblement des populations : jour de marché, ou autre événements populaires (le préciser, séances de monitoring) Dates--/--/----	Personnes Responsables	Nom et signature du prestataire	Ressources	
							Matérielles	Budgétaires
<p>*Former tous le personnel de la formation sanitaire à l'éducation et à la communication pour la santé.</p> <p>*Offrir des informations à toutes les femmes enceintes, leurs conjoints et accompagnants qui font recours aux services CPN.</p> <p>*Offrir des informations à toutes les femmes enceintes, leurs conjoints et accompagnants afin qu'ils fassent recours aux services CPN avec pour aboutissement un accouchement assisté de prestataires qualifiés qui font recours aux services CPN.</p> <p>*Attirer l'attention des tous ceux qui ont accès aux services CPN sur l'importance et l'intérêt de suivre les causeries éducatives</p> <p>*S'assurer que les populations sont imprégnées des messages transmis</p> <p>*Inciter les populations pour un réel changement de comportement en faveur de la santé maternelle et infantile</p>	<p>les individus, les familles et les communautés</p>	<p>Thème du jour : En rapport avec les risques liés à la grossesse et le plan d'accouchement</p> <p>En rapport avec la planification familiale</p> <p>En rapport avec les avortements clandestins</p>	<p>*Causeries de masse</p> <p>*Causeries de groupe</p> <p>*Communication interpersonnelle</p> <p>*Counseling (diriger les gents vers les formations sanitaires)</p>	<p>Chaque mois ou à échéance réduit si présence d'une opportunité</p>	<p>*Médecins</p> <p>*Sages-femmes (CHU, CHR, CHP, CMS)</p> <p>*Infirmiers et accoucheuses auxiliaires(USP)</p> <p>*Socio-anthropologues</p> <p>*Psychologues</p> <p>*Responsables culturels</p> <p>*Médias</p> <p>* .....</p>		<p>*Aménagement du lieu de rassemblement (Pote téléviseur)</p> <p>*Rétroprojecteur</p> <p>*Un ordinateur</p> <p>*Ecran</p> <p>*Connexion internet (si possible)</p> <p>*Boites à image</p> <p>*Dépliants</p> <p>*Téléphone portable</p> <p>*Motos pour les sorties sur le terrain</p> <p>*Voitures de liaison</p> <p>*Primes de déplacement</p>	<p>*Fonts alloués pour l'achat de tout le matériel nécessaire (Budget exact)</p> <p>*Fonts nécessaires pour la motivation du personnel (Primes ristournes et autres)</p> <p>*Fonts prévisionnels pour la maintenance et d'éventuels coûts cachés</p>
<b>Total</b>								
<b>Remarques particulières</b>								
<b>Suivi et évaluation</b>								

**Annexe 6 : Fiche d'enquête****FICHE D'ENQUÊTE**

Je m'appelle Mme GNAGNA Amata Je suis étudiante inscrite au département Santé de l'Université SENGHOR d'Alexandrie (Égypte), spécialité : Santé internationale. Et dans le cadre de ma formation, j'effectue un stage de mise en situation professionnelle dans le district de Bogodogo à Ouagadougou au Burkina Faso pour étudier « **la question du rôle que peut jouer la communication en consultation prénatale (CPN) dans la perception par les femmes enceintes des risques liés à la grossesse** ». Pour approfondir la question, je sollicite votre collaboration sur la récolte des données qui me sont indispensables dans la réalisation de cette étude.

Les informations recueillies à travers ce questionnaire seront exclusivement utilisées pour les besoins de mon mémoire de fin de cycle. Et je puis vous assurer que votre anonymat sera préservé.

FICHE N°

<b>ETAT CIVIL DE L'ENQUÊTEE</b>				
Age	Gestité	Parité	Profession	Niveau d'étude

**QUESTIONNAIRE**

<b>1. Qualité de l'accueil selon l'enquêtée</b>					
	Pas du tout satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	Parfait
a. Courtoisie et amabilité	<input type="checkbox"/>				
Donnez vos raisons :					
b. Confort	<input type="checkbox"/>				
Donnez vos raisons :					

2. Connaissances sur les CPN						
	1	2	3	4	Plus	Je ne sais pas
a. Combien de consultations prénatales devez-vous faire ?						
Si « ne sait pas » Passez à 2-c						
b. Qui vous a donné des ces informations sur le nombre de consultations prénatales à faire ?						
Soignant <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Communauté <input type="checkbox"/>	Média <input type="checkbox"/>		
Si <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> indiquez <input type="checkbox"/> : .....						
c. Quel est le moment précis pour chaque consultation prénatale						
				Sais	Ne sais pas	
CPN1	absence des règles jusqu'à 3 mois.					
CPN2	entre 5 <sup>ème</sup> et 6 <sup>ème</sup> mois					
CPN3	au 8 <sup>ème</sup> mois					
CPN4	au 9 <sup>ème</sup> mois					

3. Connaissance sur les risques liés à la grossesse et la prévention		
a. Le prestataire de soins vous a-t-il parlé des risques liés à la grossesse ? Si non passée à la question 3. c.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
b. Indiquez les risques dont on vous a parlé ?		
Anémie	<input type="checkbox"/>	
Vomissements et déshydratation	<input type="checkbox"/>	
Hémorragie génitale	<input type="checkbox"/>	
Albuminurie	<input type="checkbox"/>	
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	
Obésité	<input type="checkbox"/>	
Œdèmes des membres inférieurs ou généralisés	<input type="checkbox"/>	
Perte de liquide autre que les urines	<input type="checkbox"/>	
Maux de tête intenses	<input type="checkbox"/>	
Grossesse gémellaire ou autres grossesses multiples	<input type="checkbox"/>	

Sérologie HIV positive		<input type="checkbox"/>	
c. Savez-vous pourquoi la prévention est importante ? <i>Si « NON » passez à 3-d</i>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
d. Indiquer comment prévenir			
L'anémie			
Le paludisme			
Le tetanos			
e. Savez-vous comment utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
f. Qui protège-t-on avec le vaccin antitétanique chez une femme enceinte ?			
La mère <input type="checkbox"/>	le nouveau-né <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>	

4. Bilan prénatal					
a. Le prestataire de soins vous a-t-il expliqué pourquoi il est important de faire les analyses demandées ?				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
b. Indiquez les analyses qui vous ont été demandées					
Groupage rhésus	<input type="checkbox"/>	Glycémie	<input type="checkbox"/>	VDRL-TPHA	<input type="checkbox"/>
Sérologie de la rubéole	<input type="checkbox"/>	Examen des urines	<input type="checkbox"/>	Test du VIH	<input type="checkbox"/>
Electrophorèse de l'hémoglobine	<input type="checkbox"/>	Echographie	<input type="checkbox"/>	Autres (indiquez):	

5. Communication interpersonnelle		
a. Les explications que le soignant vous donne à chaque étape de la CPN sont-elles claires ? <i>Si « OUI » passez à 5-c</i>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
b. Si «non» pourquoi ?.....  .....		
c. Le soignant vous donne-t-il l'opportunité de vous exprimer et de poser des questions ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
d. Les réponses à vos questions sont-elles satisfaisantes ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

<b>e.</b>	Avez-vous pu lui confier ce qui vous tient à cœur en ce qui concerne votre état de grossesse ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>f.</b>	Si «non» pourquoi?..... .....		

<b>6. Préparation à l'accouchement ou à une éventuelle complication</b>			
<b>a.</b>	Qui à le pouvoir décisionnel en ce qui concerne votre accès aux soins ?		
	Vous-même <input type="checkbox"/>	Votre conjoint <input type="checkbox"/>	Autre membre de la famille <input type="checkbox"/> La communauté <input type="checkbox"/>
<b>b.</b>	La CPN associe-t-elle un membre de la famille ou le conjoint ? <i>Si «NON» passez à 6. g.</i>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>c.</b>	Quel est le statut de la personne associée ? (précise les éléments de statut)		
	Conjoint <input type="checkbox"/>	Autre membre de la famille <input type="checkbox"/>	Un membre de la communauté <input type="checkbox"/>
<b>d.</b>	Cette personne connaît-elle les risques liés à la grossesse ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>e.</b>	Est-elle disposée à vous accompagner tout le temps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>f.</b>	Qui l'a incité à vous accompagner ?	soignant <input type="checkbox"/>	Autre :.....
<b>g.</b>	Avez-vous discuté du moyen de transport en cas d'urgence ? <i>Si «NON» passez à 7</i>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>h.</b>	Quel moyen allez-vous utiliser en cas d'urgence ?		
	Véhicule disponible au centre de santé	<input type="checkbox"/>	
	Taxi communautaire	<input type="checkbox"/>	
	Transport en commun	<input type="checkbox"/>	
	Autre moyen de transport (indiquez)		

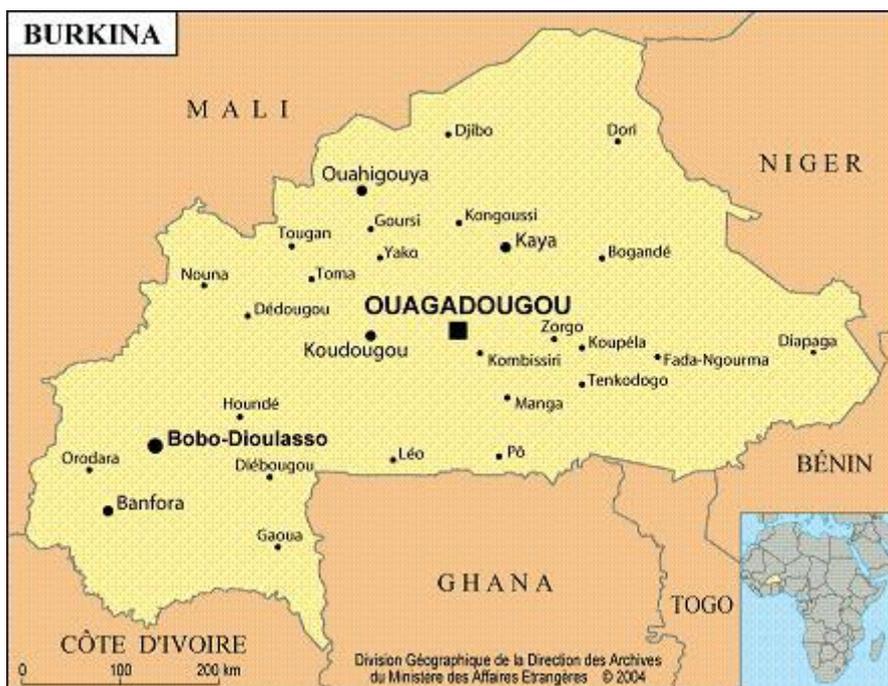
<b>7. Le nécessaire pour l'accouchement</b>			
<b>a.</b>	Avez-vous discuté avec le soignant du nécessaire qu'il faut apporter pour l'accouchement ou en cas d'urgence ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

<i>Si « NON » passez à 7 c.</i>			
b. ces moyens sont-ils ?			
Financiers	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Matériels	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Humains	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
c. Qui s'occupera de vous et de votre bébé lorsque vous serez encore au centre de santé ?			
Famille <input type="checkbox"/>	Un membre de la communauté <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
d. Cette personne a-t-elle été invitée par le soignant ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

8. Résumé de la séance de consultation prénatale		
Le soignant vous a-t-il fait le résumé à la fin de la séance en ce qui concerne :		
a-Les indications thérapeutiques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
b-Les conseils nutritionnels	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
c-Où s'adresser en cas d'urgence	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
d-Les démonstrations d'utilisation (moustiquaire, préservatifs, autres)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

9. Satisfaction de l'enquêtée		
Etes-vous satisfaite de la prise en charge globale en ce qui concerne votre état de grossesse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
a-Si oui pourquoi ?		
b- Si non pourquoi ?		

### Annexe 7 : Carte du Burkina Faso



Source : <http://www.bowoulankro.com/wpress2/?cat=55>