

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, SOCIALES, POLITIQUES ET DE
COMMUNICATION

Centre de recherche en démographie et sociétés



ANALYSE DU RECOURS AUX SOINS OBSTETRICAUX AU BURUNDI :

Déterminants et motivations

Médiatrice NKURUNZIZA

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en
Sciences Politiques et Sociales (Démographie)

Membres du jury :

Président : Prof. Bruno SCHOUMAKER (UCL)

Promotrice : Prof. Catherine GOURBIN (UCL)

Membres : Prof. Godelieve MASUY-STROOBANT (UCL)

Prof. Josianne DUCHÊNE (UCL)

Prof. Ester RIZZI (UCL)

Prof. Christophe BERGOUIGNAN (Université Montesquieu-Bordeaux IV)

Louvain-la-Neuve, 29 août 2014

A mon fils Lévy-Michel,
A mon époux Lambert,
A ma très chère mère et à toutes les femmes qui meurent ou
qui risquent la mort en voulant donner la vie.

Remerciements

Au terme de ce travail, il me tient particulièrement à cœur de remercier ceux qui ont, d'une manière ou d'une autre, contribué à l'aboutissement de cette étude.

En premier lieu, je tiens à remercier ma promotrice de thèse, professeur Catherine Gourbin pour m'avoir accordé sa confiance et avoir accepté d'encadrer ce travail. Sa disponibilité malgré ses multiples occupations, sa rigueur scientifique et son soutien ont rendu mes années de thèse particulièrement enrichissantes, tant sur le plan scientifique qu'humain.

Je remercie également tous les membres du jury présidé par le professeur Bruno Schoumaker et composé des professeurs Godelieve Masuy-Stroobant, Josianne Duchêne, Ester Rizzi et Christophe Bergouignan. Leurs observations, leurs suggestions et leurs précieux conseils durant l'encadrement et lors de la soutenance privée de la thèse ont fortement contribué à l'amélioration de la qualité de ce travail. Que mon comité d'accompagnement soit remercié pour avoir financé l'enquête qualitative réalisée en 2011.

Je remercie tous les membres du centre de recherche en démographie et sociétés de l'UCL, les professeurs, les doctorants, les chercheurs et le personnel administratif pour la qualité de formation et pour la convivialité durant mon séjour au centre.

Je n'oublie pas de remercier l'UCL pour son accueil et pour le financement de cette thèse à travers le service de l'administration des relations internationales (ADRI) et le service d'aide aux étudiants. Je remercie Charlotte Laureys, assistante au service d'aide aux étudiants de l'UCL, pour sa confiance et sa bienveillance. Je remercie également Marie-Chantal pour avoir accepté de relire mon texte avec attention.

Une reconnaissance particulière s'adresse à tous ceux qui ont toujours cru en moi et qui m'ont encouragé à aller de l'avant. Je pense à tous mes enseignants depuis l'école primaire. J'ai une pensée particulière au professeur Julien Nimubona, qui, déjà à la fin de la première licence en Histoire à l'Université du Burundi, avait repéré en moi les capacités d'aller loin. L'aboutissement de cette thèse de doctorat est pour moi la meilleure façon de lui exprimer ma profonde gratitude.

J'adresse mes vifs remerciements à la Communauté de l'Emmanuel du Burundi et de Belgique pour leurs prières et leur témoignage de fraternité. Je saisis cette occasion pour dire un grand merci à Sonia et Jean-Luc d'Hollander qui m'ont beaucoup aidé dans les démarches administratives au début de la thèse. Un grand merci à Christiane et Alain Baudoux ainsi qu'à Chantal Umurerwa pour m'avoir ouvert la porte de leur cœur et de leurs maisons pendant la période l'hospitalisation de mon fils au CHR de Namur. C'est gravé à jamais dans mon cœur.

Certaines personnes font de grandes choses mais préfèrent rester dans l'ombre. Respecter leur choix ne m'empêche pas de leur exprimer ma reconnaissance. Grand merci.

Durant mon séjour à Louvain-la-Neuve, mon réseau social s'est élargi. Certains de mes amis sont là, d'autres sont retournés dans leurs pays respectifs, d'autres encore sont partis explorer de nouveaux horizons. Merci pour les beaux moments passés ensemble.

Toute ma reconnaissance à mon petit frère Alexandre et à tous les amis qui ont assisté et soutenu ma mère durant mon absence. Que Dieu les comble de ses grâces et qu'Il leur rembourse au centuple.

Merci à toi, maman. Ton amour, tes sacrifices et l'éducation que tu m'as inculquée font de moi ce que je suis aujourd'hui. Je rends grâce au Seigneur qui t'a prêté une longue vie pour que tu puisses savourer le fruit de tes efforts.

Merci à toi cher époux, Lambert, pour avoir pris soin de notre fils et pour avoir accepté de mettre ta vie entre parenthèses pour me permettre d'aller jusqu'au bout de mon aventure. J'en suis infiniment reconnaissante.

Enfin, je dédie cette thèse à mon fils Lévy-Michel qui connaît plus que nous tous l'importance des soins obstétricaux de qualité. Merci d'avoir supporté, sagement, les multiples absences de ta maman à tes côtés. Je sais que je t'ai beaucoup manqué. Je te promets qu'on va se rattraper.

TABLE DES MATIERE

Remerciements	iii
TABLE DES MATIERE	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE I : CONTEXTE D'ETUDE, APPROCHES THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES	6
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE BURUNDI	7
1.1. Burundi, pays à crises socio-politiques répétitives	9
1.1.1. Bref historique des conflits socio-politiques au Burundi	9
1.1.2. De nombreux « sinistrés » de guerre	13
1.1.3. Typologie des camps de déplacés existants en 2002	17
1.2. Evolution socio-démographique du Burundi	18
1.2.1. Source de données	18
1.2.2. Evolution démographique	19
1.3. Burundi : Evolution socio-économique	30
1.3.1. Une agriculture paysanne depuis plusieurs années	30
1.3.2. La guerre civile et l'agriculture	30
1.3.3. Evolution de l'Indicateur de Développement Humain	31
1.3.4. Evolution des indicateurs de pauvreté au Burundi	32
1.4. Burundi : organisation sanitaire	33
1.4.1. Fonctionnement du système sanitaire burundais	34
1.4.2. Financement du secteur sanitaire	35
1.4.3. Offre en soins de santé	36
1.4.4. Politique de santé maternelle	40
CHAPITRE II : FONDEMENTS THEORIQUES	50
2.1. Les soins obstétricaux : définition et intérêt	51
2.1.1. Santé maternelle	51
2.1.2. Les soins obstétricaux	52
2.1.3. Les soins obstétricaux et la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle	53
2.2. Approches explicatives du recours aux soins obstétricaux dans les pays en voie de développement	59
2.2.1. Approche institutionnelle	60
2.2.2. Approche économique	63
2.2.3. Approches sociologiques ou d'acceptabilité des soins	66
2.2.4. Approche démographique et sanitaire	69
2.2.5. Approche du comportement rationnel	72
2.2.6. Approches globales	74
2.3. QUESTIONS, HYPOTHESES ET CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE 82	82
2.3.1. Questions de recherche	82
2.3.2. Hypothèses principales de l'étude	82
2.3.3. Cadre conceptuel de l'étude	85
3.4. L'approche quantitative	88
3.4.1. Présentation des enquêtes quantitatives	88
3.4.2. Evaluation de la qualité des données quantitatives	93
3.4.3. Choix et opérationnalisation des variables d'analyse	100
3.4.4. Les méthodes d'analyse quantitative	108

3.5.	Approche qualitative	110
3.5.1.	Contexte de recueil des données	110
3.5.2.	Evaluation de la qualité des interviews.....	113
3.5.3.	Méthodes d'analyse qualitative.....	117
3.5.4.	Caractéristiques des femmes interviewées	118
PARTIE II : PRESENTATION DES RESULTATS		126
CHAPITRE IV : DU RECOURS AUX SOINS PRENATAUX		127
4.1.	Caractéristiques des femmes selon la durée de gestation à la première CPN	127
4.2.	Facteurs de recours tardif aux soins prénataux	130
4.2.1.	Facteurs de recours aux soins prénataux en 2002.....	131
4.2.2.	Facteurs de recours aux soins prénataux tardifs en 2010.....	140
4.3.	MOTIVATION DU RECOURS AUX SOINS PRENATAUX	145
4.3.1.	Motifs de la CPN précoce ou tardive	146
4.3.2.	Perception des soins prénataux par les femmes.....	150
CHAPITRE V : ANALYSE DU LIEU D'ACCOUCHEMENT'.....		157
5.1.	Caractéristiques des femmes selon les données quantitatives.....	158
5.2.	Facteurs associés à l'accouchement à domicile selon le milieu de résidence	161
5.3.	Motivations selon le lieu d'accouchement	169
5.3.1.	Du lieu d'accouchement en milieu urbain.....	171
5.3.2.	Du lieu d'accouchement en milieu rural.....	173
5.3.3.	Du lieu d'accouchement chez les déplacées de guerre.....	179
5.4.	Perception des risques liés à la maternité	180
5.4.1.	Perceptions des avantages/inconvénients d'un accouchement à domicile	180
5.4.2.	Perceptions des avantages/inconvénients d'un accouchement en structure de soins de santé.....	182
5.4.3.	Perception des risques liés à l'accouchement	182
5.5.	Impact de la gratuité des soins	184
5.6.	Discussion des résultats	185
CHAPITRE VI : ANALYSE DU RECOURS AUX SOINS POSTNATAUX		195
6.1.	Recours aux soins postnataux et caractéristiques des femmes selon le milieu de résidence	195
6.2.	Facteurs de non-recours aux soins postnataux selon le milieu de résidence	198
6.3.	Pourquoi peu de femmes consultent-elles après l'accouchement ?.....	205
6.4.	Connaissances des risques pouvant surgir dans le postpartum.....	206
CHAPITRE VII : RELATIONS INTERPERSONNELLES ET SANTE MATERNELLE		209
7.1.	Rôle du mari dans la santé maternelle	209
7.1.1.	Rôle du mari	209
7.1.2.	Dialogue entre époux en matière de santé de la mère.....	210
7.1.3.	Qu'en est-il de l'accompagnement des femmes par leurs partenaires dans le parcours de soins obstétricaux ?.....	210
7.2.	Relation entre soignants et soignées	212
7.2.1.	L'absence de dialogue entre soignant/soignée.....	212
7.2.2.	Rapport inégalitaire.....	214
7.2.3.	Exercice de la violence.....	215
CONCLUSION GENERALE		222
BIBLIOGRAPHIE		232
ANNEXES.....		251

Liste des tableaux

Tableau 1.1 : Burundi, densités de la population par province selon le recensement de 2008	20
Tableau 1.2 : Mortalité des enfants.....	27
Tableau 1.3 : Répartition des structures sanitaires par provinces en 2004 et en 2007	37
Tableau 1.4: Nombre de médecins partis à l'étranger entre 1993 et 2002.....	38
Tableau 1.5 : Pays, date et champs d'application de la gratuité.....	43
Tableau 3.1 : Résumé de la taille de l'échantillon selon le phénomène étudié et par le milieu de résidence au Burundi	92
Tableau 3.2 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur activité et par milieu de résidence en 2002 au Burundi	99
Tableau 3.3 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur activité et par milieu de résidence en 2010 au Burundi	99
Tableau 3.4 : Variables dépendantes et leurs modalités selon le milieu de résidence et la période d'observation au Burundi.....	101
Tableau 3.5 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur religion en 2002 et en 2010 au Burundi (effectifs en %).....	103
Tableau 3.6 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur niveau d'instruction en 2002 et en 2010 au Burundi (effectifs en %)	104
Tableau 3.7 : Variables indépendantes sélectionnées et leurs modalités selon le milieu de résidence et la période d'observation au Burundi.....	105
Tableau 3.8 : Variables utilisées dans la construction de l'indicateur de niveau de vie selon les enquêtes de 2002 et 2010 réalisées au Burundi.....	107
Tableau 3.9 : Liste des femmes enquêtées et leurs caractéristiques au moment de l'enquête qualitative de 2011 au Burundi.....	120
Tableau 3.10 : Synthèse des caractéristiques des mères à chaque naissance étudiée (x_1 et x_2)	123
Tableau 4.1 : Proportion (en %) des non-recours et des recours tardifs à la CPN par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi.....	128
Tableau 4.2 : Proportion (en %) des non-recours et des recours tardifs à la CPN par milieu de résidence selon l'EDS de 2010 au Burundi	129
Tableau 4.3 : Déterminants du non-recours et du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : les effets bruts.....	132
Tableau 4.4 : Déterminants socio-démographiques du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : M1	133
Tableau 4.5 : Déterminants socio-démographiques et culturels du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : M2	135
Tableau 4.6 : Déterminants du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : Modèles finaux	136
Tableau 4.7 : Recours aux soins prénataux : synthèse des résultats des analyses multivariées, Burundi 2002	139
Tableau 4.8 : Facteurs de recours tardif aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'EDS de 2010 au Burundi.....	141
Tableau 4.9 : caractéristiques des femmes qui consultent tardivement au cours de la grossesse.	143
Tableau 4.10 : Tableau de synthèse des résultats qualitatifs sur le recours à la CPN	154
Tableau 5.1 : Déterminants de l'accouchement à domicile selon l'ESD-SR de 2002.....	162
Tableau 5.2 : Déterminants de l'accouchement à domicile selon l'EDS de 2010	163
Tableau 5.3 : Synthèse des résultats multivariés	168
Tableau 5.4 : Tableau de synthèse des résultats qualitatifs sur le lieu d'accouchement.....	186
Tableau 6.1 : Déterminants de non-recours aux soins postnataux selon l'ESD-SR de 2002	199
Tableau 6.2 : Déterminants de non-recours aux soins postnataux selon l'EDS de 2010.....	200
Tableau 6.3 : Synthèse des résultats multivariés	204

Liste des figures

Figure 1.1 : Carte du Burundi.....	8
Figure 1.2 : Répartition de la population déplacée de guerre et du nombre de sites de déplacés de guerre par commune en 2002 au Burundi.....	16
Figure 1.3 : Pyramides des âges de la population du Burundi selon les recensements de la population de 1979, 1990 et 2008.....	21
Figure 1.4 : Evolution de la descendance par groupe de générations de femmes.....	22
Figure 1.5 : Taux de fécondité par groupes d'âges selon les enquêtes de 1987, 2002 et 2010	23
Figure 1.6 : Evolution de la mortalité des enfants au Burundi.....	26
Figure 1.7 : Evolution de la mortalité maternelle au Burundi	28
Figure 1.8 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance au Burundi	29
Figure 1.9 : Evolution de l'Indicateur de développement humain et ses composantes au Burundi	31
Figure 2.1 : Schéma du modèle socio-écologique de Sword (1999) repris et traduit par Roy (2008)	76
Figure 2.2 : Modèle de Dujardin <i>et al.</i> (2014)	79
Figure 2.3 : Schéma conceptuel de l'étude	86
Figure 3.1 : Distribution des femmes selon la durée de gestation à la première CPN	95
Figure 3.2 : Répartition des femmes selon la période de la consultation postnatale au Burundi..	96
Figure 3.3 : Répartition des femmes de 14-49 ans selon leur année de naissance et selon l'enquête au Burundi.....	97
Figure 3.4 : Distribution des femmes selon leur âge au moment de l'enquête : comparaison de l'ESD-SR de 2002 et de l'EDS de 2010.....	98
Figure 3.5 : Localisation géographique de la mairie de Bujumbura et de la commune de Bukeye	112
Figure 5.1 : Relations entre l'accouchement à domicile et quelques caractéristiques des femmes selon le milieu de résidence et la période d'observation	159
Figure 6.1 : Recours aux soins postnataux et caractéristiques individuelles de la femme selon le milieu de résidence.....	196

INTRODUCTION GENERALE

Si la grossesse n'est pas une maladie, elle ne comporte pas moins de risques pour la santé et la survie de la femme. Elle peut aussi comporter des risques de santé chez l'enfant auquel elle donnera naissance. Ces risques existent dans le monde entier. Mais si dans les pays développés, ils n'entraînent que très rarement la mort ou une incapacité, et cela en raison du fait que chaque femme enceinte a accès à des soins pendant la grossesse et lors de l'accouchement, ce n'est toutefois pas le cas « *dans beaucoup de pays en développement où chaque grossesse reste le point de départ d'un voyage vers l'inconnu dont trop de femmes ne reviennent jamais*¹ ». Selon les estimations de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale, « *sur un total estimé de 536 000 morts maternelles dans le monde en 2005, la part des pays en développement s'élevait à 99 % (533 000 décès). Un peu plus de la moitié des décès maternels (270 000 décès) sont survenus dans la seule région d'Afrique subsaharienne* » (OMS, 2008). Plus fréquentes encore sont les lésions ou les invalidités graves qui, si elles ne sont pas soignées, peuvent être sources de douleurs pour la femme et d'humiliations pour le restant de ses jours. A titre d'exemple, « *l'OMS estime qu'au Nigeria, 800 000 femmes ont une fistule obstétricale (...); le nombre de ces femmes augmente de 20000 par an* » (Kimani, 2008). Une étude réalisée en 2006 dans cinq provinces du Burundi (Bujumbura-Mairie, Makamba, Gitega, Ngozi et Kayanza) a répertorié 212 cas de fistules obstétricales² au cours des cinq dernières années précédant l'étude (Burundi-PNSR, 2006). Cependant, souligne le même rapport, la prévalence des fistules est bien plus importante puisque la plupart des femmes atteintes ne sont pas connues des formations sanitaires. Dans les pays où la fécondité est encore très élevée, le risque est plus élevé car les femmes sont exposées aux risques liés aux grossesses multiples, rapprochées, précoces ou tardives. En 2002, l'OMS estimait que 2,5 millions de femmes mourraient d'ici la fin de la décennie et 49 millions survivraient avec un handicap si rien n'était fait pour améliorer l'accès aux soins des mères en Afrique (Kimani, 2008).

Beaucoup de professionnels de la santé soulignent que la bonne qualité des soins obstétricaux contribue à la diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle. Des recherches orientées dans ce sens sont, de ce fait, de plus en plus nombreuses. Néanmoins, selon Hancart Petitet (2005, p. 3), des actions pour le développement, à travers la politique de « maternité sans risque » de l'OMS, sont réduites au champ « *strictement biomédical, qui réduit la patiente à son corps biologique. Ces activités ont donc tendance à médicaliser les patientes dans un type de désordre du corps pour lesquels la biomédecine est le savoir de référence (médical), un savoir souvent étranger au savoir local et à ses représentations* ». Plusieurs de ces activités se centrent sur l'offre en infrastructures et en personnels médicaux pour améliorer le recours aux soins de santé. La rareté des données a pendant longtemps limité les recherches sur les niveaux et les déterminants (politiques, sociaux, culturels et individuels) ainsi

¹ Message du Directeur Général de l'OMS à l'occasion de la journée mondiale de la santé le 7 avril 1998 http://www.who.int/docstore/world-health-day/fr/pages1998/jms98_dg.html

² La fistule obstétricale est une communication anormale acquise entre la vessie et/ou le rectum et la cavité vaginale. Elle est généralement causée par un travail prolongé et difficile, parfois de plusieurs jours, sans intervention obstétrique pratiquée en temps voulu. Au Burundi, on l'appelle « *indwara yo mukigo* » (maladie de l'arrière-cour) car la femme atteinte reste cachée.

que sur les mécanismes qui conduisent au recours ou non aux soins obstétricaux modernes. Ce n'est que récemment (environ deux à trois décennies) que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) permettent de combler ce déficit. A partir des rapports des dernières EDS réalisées depuis 2000, force est de constater la faiblesse du niveau de recours aux soins obstétricaux en Afrique Sub-Saharienne évoquée plus haut³. Ainsi, on remarque qu'en moyenne 84,4% des grossesses ont fait objet d'une consultation prénatale (CPN). L'indicateur varie de 27,8% en Ethiopie (EDS 2011) à 99,2% en Tanzanie (EDS 2004). Globalement, trois grandes situations peuvent être distinguées. Dans le premier groupe de pays se trouvent des pays comme l'Ethiopie (EDS 2011) et le Tchad (EDS 2004) où moins d'une femme sur deux a recours aux soins prénataux. Dans le second groupe de pays, composé notamment du Nigéria (EDS 2008), de la Mauritanie (EDS 2000-01), de l'Erythrée (EDS 2002), du Mali (EDS 2006) et du Libéria (EDS 2007), quoique le recours aux soins prénataux soit observé dans plus de la moitié des grossesses, le niveau national reste inférieur à la moyenne de l'Afrique sub-saharienne. Enfin, le reste des pays bénéficient d'un score assez intéressant puisque plus de 85% des grossesses y ont bénéficié d'au moins une CPN.

Lorsque l'analyse est couplée avec les recommandations de l'OMS, notamment le fait qu'il est souhaitable que la première CPN ait lieu au cours du premier trimestre de gestation, on observe une baisse des niveaux moyens précédemment indiqués. En moyenne, seuls 31% des grossesses ont pu bénéficier d'une CPN au cours du premier trimestre de la grossesse. En la matière, certains pays présentent une situation assez problématique. Il s'agit par exemple de l'Ethiopie (EDS 2011), du Malawi (EDS 2010), du Mozambique (EDS 2011) et du Kenya (EDS 2008-09) où le taux de consultation à cette durée de gestation reste inférieur à 15%.

Concernant le lieu d'accouchement, en moyenne 55,6% d'accouchements ont eu lieu en formation sanitaire, ce qui est loin d'être un niveau satisfaisant. Les situations nationales présentent de grandes diversités. Alors qu'au Congo Brazzaville (EDS 2011) la quasi-totalité des femmes ont accouché dans un centre de santé moderne (91,5%), ce niveau n'est que de 10% en Ethiopie (EDS 2011). En Afrique du Sud (EDS 2003), au Cameroun (EDS 2011), au Zimbabwe (EDS 2010-11), au Burkina Faso (EDS 2010), au Rwanda (EDS 2010), en RDC (EDS 2007), au Sénégal (EDS 2010-11), au Malawi (EDS 2010), en Namibie (EDS 2006-07), au Bénin (EDS 2011), au Gabon (EDS 2012) et au Congo Brazzaville (EDS 2011), l'accouchement en structure de soins est observé dans plus de 60% de cas.

Les consultations postnatales, quant à elles, semblent moins connues. Tout d'abord, on observe que l'introduction dans les EDS de questions les concernant est récente. Les premières tentatives en ce sens remontent au début des années 2000 ou dans quelques cas à la fin des années 1990 (Ghana en 1998, Niger en 1998 et Tanzanie en 1999). Ensuite, la collecte des informations relatives à ces consultations a évolué pendant la même période. Dans les EDS réalisées entre

³ L'annexe 0 présente, pour chaque pays, le niveau du recours aux soins de santé maternelle ainsi que l'année de chaque enquête correspondante.

2000 et 2005, seules étaient concernées les naissances dont l'accouchement ne s'était pas déroulé dans un centre de santé. Dans ce cas, la proportion moyenne par pays des naissances ayant bénéficié d'une consultation postnatale est évaluée à 23 % environ. Les EDS plus récentes (26 réalisées après 2005) se sont intéressées aux durées écoulées entre l'accouchement et les soins postnataux indépendamment du lieu d'accouchement. Là aussi, des disparités entre pays sont observées, les fréquences de visites postnatales variant de 8,5% en Ethiopie (EDS 2011) à 78,4% en Namibie (EDS 2006-07).

En ce qui concerne la situation particulière du Burundi, on peut à ce jour remarquer que les données sur la santé maternelle proviennent de quatre sources : l'EDS de 1987, l'Enquête Nationale d'Evaluation de la Condition de vie de l'Enfant et de la Femme (ENECEF) de 2000, l'Enquête Socio-démographique et de Santé de la Reproduction (ESD-SR) de 2002 et l'EDS de 2010. Les résultats fournis par ces différentes enquêtes permettent d'observer l'évolution des comportements de santé des femmes. Ainsi, de 1987 à 2010, le recours à au moins une CPN au cours de la grossesse est passé de 74% à 99% et l'accouchement en formation sanitaire a triplé, passant de 19% à 60%. Le recours à la consultation postnatale a également évolué, quoiqu'il reste à un faible niveau (de 20% en 2002 à 30% en 2010).

Ces améliorations sont le résultat de plusieurs programmes initiés par le pays à travers le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR). Pour atteindre le cinquième objectif mondial pour le développement (OMD n°5 : amélioration de la santé maternelle), le Burundi s'est engagé à réduire de $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Parmi les initiatives du gouvernement, on peut citer la « Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burundi » mise en œuvre en 2005 avec l'appui des organismes des Nations-Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, PAM). Il s'agit d'un document qui s'inspire largement du document adopté par des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Addis Abeba en 2004. Il importe également de citer la mesure présidentielle de subventionner les soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans et pour les accouchements dans toutes les structures sanitaires publiques depuis le 1^{er} mai 2006. Selon le travail réalisé par l'Observatoire de l'Action du Gouvernement au Burundi (OAG) en 2009, *« le point fort de la mesure (de gratuité des soins) unanimement relevé par les différentes catégories d'enquêtés est que la mesure est jugée très salubre parce qu'elle a amélioré l'accès aux soins et elle a rendu les médicaments plus disponibles »*. La gratuité des soins de santé a cependant aggravé les problèmes de fonctionnement des structures de santé du fait, entre autres, de l'engorgement de la capacité d'accueil, de la rupture incessante des stocks, de l'équipement et du personnel très insuffisants et du retard de paiement des factures liées à la subvention (OAG, 2009).

Malgré l'existence des sources de données précédemment citées, les informations sur les pratiques obstétricales demeurent insuffisantes au Burundi car, à notre connaissance, aucune étude sur les déterminants des comportements obstétricaux n'a été entreprise jusque-là. Les rapports de divers travaux se limitent souvent à la description de certains indicateurs (taux de

mortalité maternelle, niveau de recours aux soins obstétricaux). C'est le cas, notamment, des rapports des agences des Nations-Unies. L'objectif de cette étude est donc de *contribuer à combler le déficit de connaissance en matière de recours aux soins obstétricaux au Burundi*. Elle tentera spécifiquement de répondre aux grands objectifs suivants :

1. *Identifier et expliquer les inégalités sociales existantes entre les milieux de résidence mais aussi au sein de chacun d'eux.*
2. *Etudier la perception de l'utilité des soins obstétricaux par les femmes burundaises*

Si les données quantitatives des enquêtes ESD-SR et EDS permettent de répondre au premier objectif, elles ne permettent pas, comme la plupart d'enquêtes quantitatives, de saisir la perception de l'utilité des soins obstétricaux par les utilisatrices. La connaissance de la perception que les femmes ont des services de santé permet de proposer des améliorations aux programmes dans le domaine de l'utilisation des services de santé modernes pendant la grossesse, l'accouchement et dans la période post-partum. Ceci nous a conduit à la réalisation d'une enquête qualitative en 2011. La comparaison de trois périodes d'observation (l'ESD-SR de 2002, l'EDS de 2010 et l'enquête qualitative 2011) permettra, entre autres, d'identifier l'impact de la mesure de gratuité sur le comportement de santé des femmes au niveau national mais aussi dans chaque milieu de résidence. En plus de la comparaison classique milieu rural *versus* milieu urbain, l'originalité de cette thèse est de mettre en lumière une catégorie particulière de femmes, *les déplacées de guerre*. En fait, la création de nombreux camps de déplacés un peu partout sur le territoire burundais est la conséquence de la guerre civile qui a éclaté en 1993 (*cf.* chapitre 1).

Cette thèse est subdivisée en sept chapitres regroupés en deux parties. La première partie est constituée de trois chapitres. Le premier chapitre porte sur la description du contexte de l'étude (évolution socio-politique du Burundi, son économie et son organisation sanitaire), les cycles de violences qu'a connus le Burundi depuis son indépendance et particulièrement la crise socio-politique de 1993 qui a affecté tous les secteurs d'activité comme en témoignent les indicateurs socio-économiques, sanitaires, etc.

Le deuxième chapitre concerne la revue de littérature. Après une définition de la santé maternelle et des soins obstétricaux, les approches et les modèles explicatifs de recours aux soins obstétricaux sont présentés. La question de recherche et le cadre conceptuel de cette étude sont également présentés dans ce chapitre.

Le troisième chapitre est consacré aux sources de données et aux méthodes d'analyse utilisées. Comme déjà évoqué, les données proviennent de deux enquêtes quantitatives (l'ESD-SR de 2002 et l'EDS de 2010) et de l'enquête qualitative réalisée en 2011.

La deuxième partie est composée de quatre chapitres thématiques présentant les résultats des analyses quantitatives et qualitatives. Dans les trois premiers chapitres, il sera question d'analyser la situation à la fois au niveau national et dans chaque milieu de résidence. Ainsi, le quatrième chapitre aborde sur l'utilisation des services de soins prénataux, le cinquième porte sur l'analyse du lieu d'accouchement et le sixième chapitre concerne le recours aux soins postnataux dans les 42 jours suivant l'accouchement (consultation postnatale). Le dernier chapitre discute, à partir des données qualitatives, du rôle de l'entourage social de la gestante/parturiente. Il traitera surtout du rôle du mari (partenaire) et des relations entre les prestataires et les utilisatrices des services de soins de santé maternelle.

La synthèse des résultats, les apports et les limites de cette étude sont présentés dans la conclusion générale.

PARTIE I : CONTEXTE D'ETUDE, APPROCHES THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES

Cette première partie du travail sera constituée de trois chapitres. Le premier offrira quelques généralités sur le Burundi en mettant l'accent sur son évolution socio-politique marquée par des cycles de violences. Egalement, un aperçu rapide sur l'évolution socio-démographique, économique et sanitaire du pays sera présenté.

Une synthèse de la revue de littérature constitue le deuxième chapitre. Après avoir défini le concept de soins obstétricaux et l'intérêt de ceux-ci comme stratégie de réduction de la mortalité maternelle, quelques approches explicatives du recours à ce type de soins dans les pays en développement seront discutées. La question de recherche, les hypothèses principales de recherches ainsi que le cadre conceptuel de l'étude vont clore ce chapitre.

Le dernier chapitre sera consacré aux sources de données et aux méthodes d'analyse. Les analyses statistiques (bivariées et multivariées) seront effectuées à l'aide des données de l'ESD-SR de 2002 et de l'EDS de 2010 tandis que l'analyse de contenu permettra d'analyser les entretiens semi-directifs réalisés en 2011.

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE BURUNDI

Le Burundi est l'un des pays du continent africain à cheval entre l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est. Il est limité au Nord par le Rwanda, à l'Est et au Sud par la Tanzanie et à l'Ouest par la République Démocratique du Congo (R.D.C.). Il se trouve entre 2°45' et 4°26' de latitude Sud et entre 28°50' et 30°53' de longitude Est. Du fait de sa situation géographique, le Burundi jouit d'un climat équatorial tempéré. La plus grande partie du relief est compris entre 1300 et 2000 m d'altitude.

Avec une superficie de 27.834 km² (dont 1725 km² occupés par les eaux du lac Tanganyika et quelques petits lacs intérieurs), il est l'un des plus petits pays et des plus densément peuplés d'Afrique. Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2008, la population est estimée à 8.053.574 habitants avec une densité moyenne de 310 habitants au km². Cependant, cette densité nationale cache d'énormes disparités entre les communes et les provinces. La grande majorité de la population vit dans le milieu rural (90%) et 61,2% de la population urbaine réside en mairie de Bujumbura.

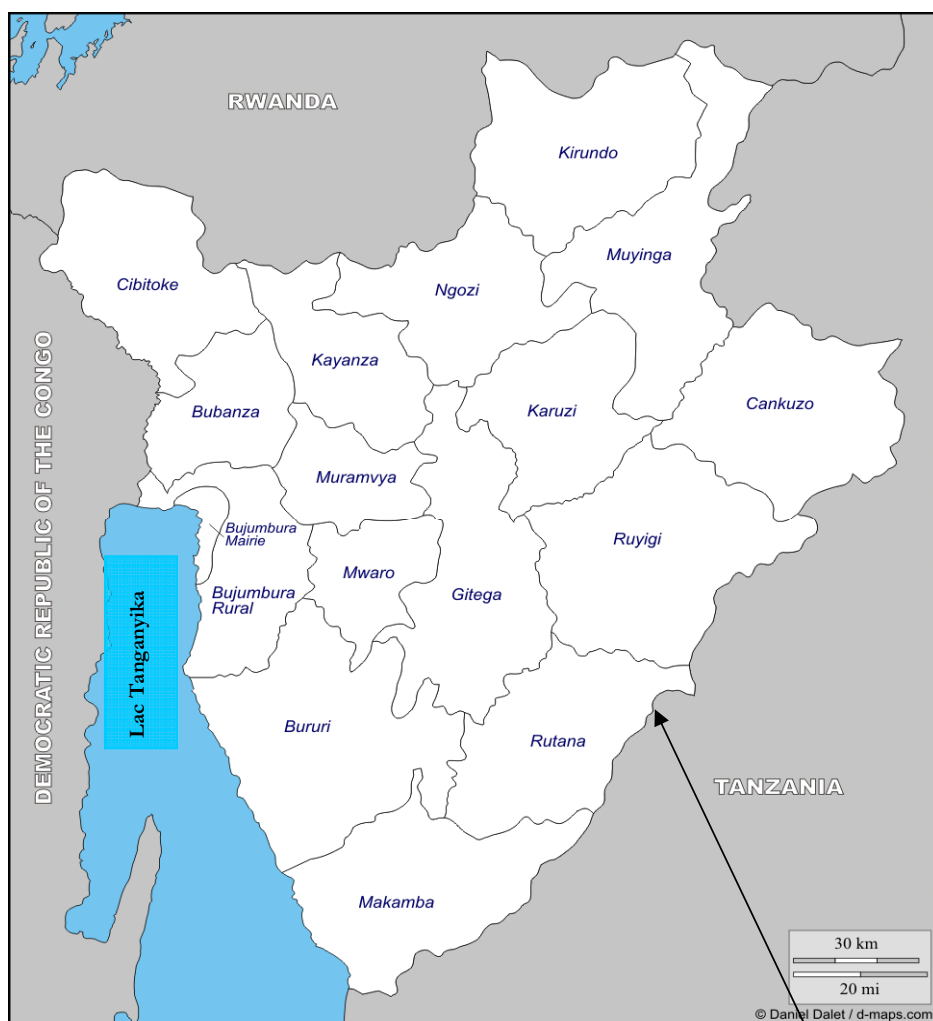
Sur le plan administratif, le Burundi est actuellement subdivisé en 126 communes réparties dans 17 provinces dont la mairie de Bujumbura (*cf.* carte du Burundi). Le statut de la mairie de Bujumbura, comme tout l'appareil administratif, a été fortement modifié depuis l'indépendance du pays en 1962. Ancienne capitale économique et politique du Rwanda-Urundi du temps de la colonisation belge, la ville d'« Usumbura » prend le nom de « Bujumbura » en octobre 1962. En 1977, elle acquiert le statut de municipalité. Elle est une commune de la province de Bujumbura jusqu'en 1991, date à laquelle elle acquiert un statut particulier élevant le maire de Bujumbura au rang de gouverneur de province. Jusqu'en 1998⁴, le pays compte 15 provinces et la mairie de Bujumbura. Depuis 2005, la mairie de Bujumbura est une province. Les 13 anciennes zones urbaines qui la composaient sont devenues des communes urbaines.

L'économie du Burundi est principalement rurale, reposant sur l'agriculture et l'élevage. Le secteur primaire occupe plus de 90% de la population. Les déplacements massifs des populations consécutifs à la guerre (depuis 1993), l'embargo imposé par les pays voisins entre 1996 et 1999, etc. sont autant de facteurs de faiblesse de l'économie du Burundi. Selon le classement des Nations-Unies de 2011, le Burundi est un des pays les plus pauvres de la planète. Les relations commerciales souffrent de son enclavement, car le pays est tributaire des pays voisins pour le transit vers la mer : le Burundi est situé à 1430 km du port de Dar-Es-Salaam (Tanzanie), à 2025 km de Mombassa (Kenya) et à 1900 km de la côte de l'océan Atlantique.

Au Burundi, la santé et la situation sanitaire sont préoccupantes. La mortalité est encore élevée et l'espérance de vie à la naissance basse (51 ans au recensement de 2008). On déplore un faible nombre d'infrastructures, de personnels de santé et une inégalité de couverture sanitaire entre l'urbain et le rural.

⁴ La province de Mwaro existe depuis 1998

Figure 1.1 : Carte du Burundi



Source : http://d-maps.com/carte.php?&num_car=26032&lang=fr



Le présent chapitre présente le contexte d'étude. Il comporte quatre sections. La première donne un bref aperçu de l'évolution socio-politique du pays afin de pouvoir comprendre l'origine de la création des camps de déplacés de guerre. Dans la seconde section est présentée l'évolution de certains indicateurs démographiques. Les deux dernières sections concernent l'évolution socio-économique et l'organisation sanitaire du Burundi.

1.1. Burundi, pays à crises socio-politiques répétitives

La situation sécuritaire est un facteur du recours ou non aux soins de santé (destructions des infrastructures, peur de se déplacer la nuit, etc.) et tous les secteurs d'activité (e.g. économiques, sanitaires) ont souffert des conflits socio-politiques qu'a connus le Burundi au cours de son histoire et de la crise de 1993 particulièrement. Cette crise ou plutôt les effets de cette crise sont évoqués à plusieurs reprises tout au long de ce travail et l'utilisation des soins obstétricaux qui fait l'objet de cette étude, sera analysée en distinguant trois milieux résidence : le milieu urbain, le milieu rural et les camps de déplacés de guerre. La création de ces camps de déplacés un peu partout dans le pays est la conséquence directe de la guerre qui a éclaté en 1993. L'objet de cette section est donc de situer brièvement cette crise socio-politique dans son contexte historique sans pour autant approfondir ses causes lointaines et immédiates⁵.

1.1.1. Bref historique des conflits socio-politiques au Burundi

Depuis son accession à l'indépendance en 1962, le Burundi a connu des violences à répétition (1965, 1972, 1988, 1991 et 1993). La crise la plus longue et la plus meurtrière est, sans doute, celle qui a éclaté en octobre 1993 suite à l'assassinat du Président Ndadaye.

Dès 1960, le Prince Louis Rwagasore luttait pour l'indépendance du pays. L'Union pour le Progrès National (UPRONA), son parti, gagna les élections du 18 septembre 1961 et Rwagasore devint premier ministre. Son règne fut de très courte durée puisqu'il a été assassiné le 13 octobre 1961. Le Burundi accéda à l'indépendance le 1^{er} juillet de l'année suivante.

Les années qui ont suivi l'indépendance ont été caractérisées par une grande instabilité et une ethnisation de la vie politique (Thibon, 2004). Le Burundi est devenu une monarchie constitutionnelle après la constitution de 1962, où le roi règne mais ne gouverne pas. Pour la succession du prince Rwagasore à la tête du parti, le roi Mwambutsa devait choisir entre Paul Mirerekano (hutu), numéro deux du parti et André Muhirwa (tutsi), son gendre. Le roi préféra son gendre. Avant sa mort, Rwagasore aurait cependant promis à Mirerekano de le promouvoir à la tête du parti (Nsanze, 2003, p.72).

⁵ Pour plus d'informations sur l'histoire des conflits burundais, lire l'article de Guichaoua, « Chronologie thématique » in Guichaoua (dir.), 2004, pp.37-103

Des querelles internes au sein du parti s'ensuivirent. Le roi Mwambutsa dû faire face à un développement des antagonismes politiques et économiques qui prirent de plus en plus une forme ethnique. Deux tendances radicales se formèrent au sein de l'UPRONA : les pro-occidentaux à majorité hutu dits groupe « Monrovia » et les progressistes à majorité tutsi et d'influence communiste dits groupe « Casablanca » (Ntibazonkiza, 1993, Tome 2)⁶.

En 1965, un groupe d'officiers hutu attaqua le palais royal et une insurrection éclata à l'intérieur du pays. Des centaines de tutsi furent tués (Ziegler, 1979, Chrétien, 1997). L'armée finit par maîtriser l'insurrection. La répression de l'armée fut sévère, des parlementaires et officiers hutu furent assassinés.

En avril 1966, le roi est déposé par son fils, le prince Charles Ndizeye qui prend le nom dynastique de NTARE V. Il est renversé par le Capitaine Michel Micombero en novembre 1966. Ce dernier inaugura la première république. Le Burundi devint une République gouvernée par un parti unique, l'UPRONA, rassemblant à la fois les hutu et les tutsi. « *Le mode de fonctionnement du régime républicain devient quasi florentin, plusieurs cercles rivalisant autour du président Michel Micombero échafaudent des stratégies qui ne reposent que sur la préparation, l'anticipation peut-être, la provocation et la répression de complots ou de coups d'Etat* » (Thibon, 2004, p. 357). En septembre 1969, un nouveau coup d'Etat attribué aux hutu échoua. Des condamnations à mort et des peines d'emprisonnement s'en sont suivies, accentuant la haine ethnique.

En 1972, une rébellion éclata au sud du pays. Des hommes armés de fusil et de machettes dévastèrent les communes de Nyanza-Lac, Mabanda, Rumonge, Vugizo, Vyanda et Bururi et massacrèrent des populations tutsi (Reyntjens, 1989 ; Sebudandi et Richard, 1996, p. 182, Thibon, 2004, p. 358). Les représailles, par l'armée régulière, firent de nombreuses victimes. Elles touchèrent la région qui avait connu des troubles mais aussi d'autres régions du pays. Certains auteurs parleront de génocide de l'élite hutu (Reyntjens, 1989 ; Chrétien, 1993, p. 424, Thibon, 2004, p. 358) car les hommes hutu intellectuels, les hommes fortunés, les étudiants et les élèves furent visés par la répression. Des centaines de milliers de hutu se réfugièrent alors en Tanzanie, au Rwanda et au Zaïre (actuelle R.D. Congo). L'année 1972 reste gravée dans la mémoire collective. On parle d'*ikiza* (fléau, catastrophe) ; le nombre de victimes étant estimé entre 100 000 et 300 000 (Thibon, 2004, p.358). Ces chiffres sont cependant discutables dans la mesure où, d'une part, les autorités burundaises ont toujours nié le caractère massif de la répression, et d'autre part l'opposition hutu en exil a surestimé, volontairement, les effectifs des victimes (Thibon, 2004). La politique des années suivantes prôna une « *amnésie officielle* » par rapport à ces événements qui ne firent l'objet d'aucun traitement judiciaire (Thibon, 2004). Le chef de l'État mit alors en place un régime autoritaire, dont les rouages furent placés sous le contrôle du parti

⁶ En 1963, des factions s'étaient créées au sein du parti UPRONA. Elles se réfèrent au panafricanisme. En effet, du 4 au 7 janvier 1961, des pays dits progressistes s'étaient réunis à Casablanca. Idéologiquement et économiquement, ces pays étaient proches des pays socialistes. D'autres pays se sont réunis à Monrovia, du 8 au 12 mai 1961. Le groupe Monrovia rassemblait des pays pro-occidentaux (Borella, 1961 ; Ntibazonkiza, 1993).

UPRONA. Michel Micombero fut renversé le 1^{er} novembre 1976 par le lieutenant-colonel Jean-Baptiste Bagaza.

Malgré ses nombreuses réalisations dans le domaine économique, Bagaza ne prit pas en compte les maux dont souffraient le peuple burundais, à savoir les clivages socio-ethniques. Sa politique consistait plutôt à banaliser la question en proclamant qu'il n'y avait pas de problèmes ethniques (Reyntjens, 1989 ; Reyntjens 1994, p.40).

Le 3 septembre 1987, le coup d'Etat permit l'arrivée du Major Buyoya au pouvoir. En 1988, de violents massacres inter-ethniques eurent lieu au Nord du Burundi dans les communes de Ntega et de Marangara. L'armée intervint une fois de plus en massacrant des paysans dans cette région (Reyntjens, 1994, p.57 ; Chrétien, 1997, p.162). Suite à ces événements, Buyoya, soutenu par la communauté internationale, va tenter une politique d'unité nationale en prenant des mesures symboliques, notamment la nomination d'un premier ministre et de ministres hutu. Cependant, ces réformes sont réalisées dans le cadre du parti-Etat, l'UPRONA.

Néanmoins, en 1991, d'autres événements tragiques éclatèrent dans la province de Cibitoke (Nord-ouest du pays) et dans la capitale, Bujumbura. Des hommes se réclamant du PALIPEHUTU (Parti pour la Libération du Peuple Hutu) massacrèrent des populations au nom de leur appartenance ethnique. Des camps militaires et des brigades de la gendarmerie et de la police furent attaqués. De nouveau, la répression de l'armée fit de nombreuses victimes (Guichaoua (sous la dir.), 1995, p. 537).

A partir de 1990, le Président Buyoya accepta le multipartisme à travers une Constitution promulguée en mars 1992. Des élections furent organisées en juin 1993 et donnèrent la victoire à Melchior Ndadaye, candidat du Front pour la Démocratie au Burundi (FRODEBU).

Cette expérience démocratique fut, cependant, de très courte durée puisque le 21 octobre 1993, une tentative de coup d'Etat eut lieu. Le Président Ndadaye et ses proches collaborateurs sont assassinés. Une flambée de violences suit l'annonce de cet assassinat. Appelés à résister, les paysans hutu s'en prirent aux tutsi et aux hutu de l'UPRONA. On peut parler « d'épuration ethnique » dans certaines communes du Nord et du Centre du pays. C'est à nouveau un cycle de violence/répression qui s'enchaîne. Le Burundi sombre alors dans une longue guerre civile. Celle-ci, pour la première fois dans l'histoire des conflits burundais, touche l'ensemble du territoire ; toutes ethnies confondues. A nouveau, on dénombre des centaines de milliers de morts et des centaines de milliers de Burundais poussés sur la route de l'exil. Ces violences ont détruit des infrastructures scolaires, sanitaires et autres de sorte que le Burundi connaît une régression désastreuse par rapport à la période d'avant la guerre.

Le drame burundais connaît d'autres épisodes. Les partis politiques tentèrent de restaurer la légitimité du pouvoir en nommant, en janvier 1994, Cyprien Ntaryamira, hutu issu du FRODEBU, comme président par intérim. Celui-ci fut tué le 6 avril de la même année dans

l'attentat qui a coûté aussi la vie du président rwandais Habyarimana, dont l'avion est abattu au-dessus de l'aérodrome de Kigali. Sylvestre Ntibantuganya (également hutu et membre du FRODEBU) lui succéda mais ne parvint pas à affirmer son autorité face aux extrémistes des deux camps. Il fut renversé le 25 juillet 1996 par les militaires et Pierre Buyoya revint au pouvoir. Le putsch fut condamné par la communauté internationale. Les pays de la région (Zaire (actuelle RD Congo), Kenya, Rwanda, Ouganda, Tanzanie, Éthiopie, Érythrée, Zambie) décrètent un embargo contre le Burundi (levé en 1999). La situation intérieure se radicalise et la population plonge dans la pauvreté. L'opposition légale boycotte les initiatives du président et une puissante rébellion hutu mène d'impitoyables attaques dans le pays. Ces attaques des rebelles entraînent une violente répression par l'armée gouvernementale. En vue de priver la rébellion de soutien logistique et populaire, les autorités burundaises mettent en place, à partir de 1996, une politique systématique de regroupement de la population dans des camps. Dans les localités considérées comme des fiefs de la rébellion, des milliers voire des centaines de milliers de paysans sont arrachés à leur terre.

C'est dans ce contexte que les tentatives de négociations tant internationales que nationales prirent place à partir de 1996. Julius Nyerere, ancien président tanzanien, fut choisi en 1996 comme facilitateur des négociations entre les différentes parties. Après sa mort en 1999, Nelson Mandela prit le relais. Un accord de paix fut signé le 28 août 2000 à Arusha (Tanzanie) entre le gouvernement burundais et 17 partis politiques. L'Accord de paix marqua donc le début de la période de transition et le partage du pouvoir sur la base d'un quota ethnique.

La mise en application de l'Accord d'Arusha se heurta, cependant, à un problème. En effet, les principales factions militaires de certains principaux partis refusèrent de participer aux négociations et ne signèrent pas cet accord. Le 16 novembre 2003, un Accord global de cessez-le-feu fut enfin signé, à Dar-es-Salaam (Tanzanie), entre le gouvernement du Burundi et le principal mouvement rebelle, le Conseil National pour la Défense de la Démocratie-Force pour la Défense de la Démocratie (CNDD-FDD).

Bien que l'autre mouvement rebelle, le Palipehutu-FNL (Force Nationale de libération) fût toujours actif, cet accord de cessez-le feu a mis fin à la guerre dans une grande partie du pays et a permis d'accélérer les réformes institutionnelles prévues pour la période de transition. Les élections de juin 2005 furent largement remportées par l'ex-mouvement rebelle le CNDD-FDD.

Le 7 septembre 2006, avec la facilitation sud-africaine, le gouvernement et le Palipehutu-FNL ont signé un accord de cessez-le-feu en prévoyant l'intégration des anciens combattants dans les corps de défense et de sécurité. Malgré les efforts de médiations, les hostilités entre les forces du gouvernement et le Palipehutu-FNL ont repris en 2007, en particulier à l'Ouest du pays, autour de Bujumbura. L'accord de Magialesburg (Afrique du Sud) du 11 juin 2008 constitua un pas décisif dans la mise en application du cessez-le-feu. Le dernier mouvement rebelle renonça à la lutte armée et au nom à consonance ethnique (PALIPEHUTU-FNL = Parti pour la libération du

peuple hutu-Force Nationale de libération) avant d'être agréé, en avril 2009, comme parti politique dénommé Forces Nationales de Libération (FNL). A l'instar des autres mouvements rebelles qui ont déposés les armes avant, une partie des combattants FNL intégrèrent les forces de l'ordre et de la défense et les cadres occupèrent des postes de responsabilité.

1.1.2. De nombreux « sinistrés » de guerre

L'une des conséquences majeures de la crise socio-politique ayant débuté en 1993 est le déplacement massif des populations et la création d'un nombre assez important de « sinistrés ».

1.1.2.1. Diversités d'appellations

Dès l'annonce de l'assassinat du Président Ndadaye, des violences atroces, des massacres à grande échelle ont éclaté dans plusieurs endroits du pays. Des milliers de personnes ont été forcées de quitter leur terre. On distingue plusieurs catégories de migrants forcés :

- Les *réfugiés* sont des personnes qui, fuyant les hostilités, se sont exilées vers l'extérieur du pays, notamment dans les pays voisins (Zaïre actuel RDC, Tanzanie, Rwanda) ;
- Les *déplacés* sont ceux qui, ayant quitté leur domicile, ont fui vers les centres administratifs, les églises, près des camps militaires pour chercher la protection de l'administration et des forces de l'ordre. Des camps (ou sites) de déplacés de guerre ont été créés spontanément un peu partout dans le pays ;
- Les *dispersés* sont ceux qui, ayant quitté leur domicile par crainte de massacres ou de représailles, se sont éparpillés dans les ravins, les bananeraies et dans les familles pour revenir rapidement dans leur ménage ;
- Les *regroupés* : en 1996, dans l'objectif de freiner la progression de la rébellion, le gouvernement a décidé de regrouper les populations dans des camps de fortune afin de les « protéger ». Ces regroupements concernaient, dans un premier temps, les provinces de Karuzi, Kayanza et Muramvya. Fin 1996, 240 000 personnes ont été regroupées dans les « sites de protection » (Royer, 2006) ou « sites de regroupés ». En 1999, cette mesure a été intensifiée dans la province de Bujumbura (appelée communément Bujumbura-rural). Plusieurs organisations ont condamné le gouvernement qui, à travers cette mesure « inhumaine », voulait plutôt priver des rebelles du soutien (volontaire ou involontaire) de la population locale (cf. par exemple l'article de Human Rights Watch de 2000). Les camps de Kayanza et Muramvya ont été fermés en 1997. Selon Human Rights Watch, plus de 350000 personnes étaient toujours regroupées dans 53 camps en 1999. Sous la pression des agences des Nations-Unies, le gouvernement Burundais promit, en janvier 2000, le démantèlement

de ces « sites de protection ». En juin 2000, plus de 100.000 personnes ont regagné leur domicile (Royer, 2006).

Au fil du conflit, ces différentes catégories de migrants forcés internes ont été revendiquées politiquement et derrière chaque appellation se cachait une connotation ethnique⁷. Afin de pouvoir nommer objectivement ces populations, les agences des Nations Unies et organismes humanitaires choisirent de les appeler des *sinistrés*. Selon le Programme cadre d'appui aux communautés, les sinistrés sont des « *personnes qui ont perdu presque tous leurs moyens d'existence pendant la crise et qui ont jusqu'à présent dû leur survie essentiellement à l'assistance humanitaire* » (PCA/PNUD cité par Royer, 2004, p. 304). Ce nouveau concept se heurta à un problème de définition. Comme le dit bien Royer (2004), il s'agit d'un terme « fourre-tout » et tous les Burundais pourraient être définis comme des sinistrés. En définitive, les activités de dénombrement et d'analyse de la situation des *sinistrés* ont concerné les populations déplacées. Cependant, le recensement des camps de déplacés effectué dans le cadre de l'ESD-SR de 2002 concernait à la fois les déplacés de guerre et les regroupés.

1.1.2.2. Des déplacés forcés au fil du conflit

On distingue trois grandes vagues de déplacements de la population (Royer, 2004, OCHA, 2005). Au début de la crise, de 1993 et 1994, plusieurs localités du pays ont connu des massacres interethniques mais ce sont les régions du Nord et du Centre qui ont été particulièrement touchées. Des milliers de survivants des provinces de Kayanza, Kirundo, Ngozi, Bubanza Muramvya et Gitega s'installèrent spontanément dans des sites, d'autres se dispersèrent un peu partout.

Alors que les régions du Sud et de l'Est avaient retrouvé une stabilité relative, on y observe, à partir de 1996, des vagues de mouvements de populations fuyant les attaques des rebelles et/ou les représailles de l'armée. Entre 1996 et 1997, ce sont les provinces de Karuzi, Kayanza, Bubanza et Bururi qui ont été particulièrement concernées ; les autorités poursuivant leur mesure de regroupement de la population dans ces provinces, y compris la province de Cibitoke.

A partir de 1999, Bujumbura-rural ainsi que les régions frontalières de la Tanzanie et des forêts de la Kibira et de Ruvubu (zones de repli des rebelles) ont connu une recrudescence de l'insécurité. En 2001, certaines communes de Makamba, Ruyigi, Rutana, Cankuzo et Muramvya ont vu leur population s'éparpiller.

⁷ Pour de plus amples informations sur la question de déplacement de la population au Burundi et de sa réappropriation politico-ethnique, lire P. Poupard in A. Guichaoua (sous la dir.), 1995 ; Arnaud Royer in A. Guichaoua (sous la dir.), 2004, pp. 269-378 et A. Royer, 2006

Encadré 1.1 : Particularité de la ville de Bujumbura

Alors qu'au début du conflit Bujumbura était épargné par les affrontements interethniques observés dans d'autres régions du pays, la capitale s'enflamma en 1994 jusqu'en 1995. On y observa une épuration ethnique des quartiers périphériques qui sont devenus homogènes ethniquement. On parlera de *balkanisation* de la capitale. A titre d'exemple, Kamenge (périphérie nord) est resté peuplé majoritairement par les hutu tandis que Musaga (périphérie Sud) était devenu à majorité tutsi. En 2001, suite aux affrontements entre les mouvements rebelles et l'armée, les habitants des quartiers périphériques, Kinama par exemple, vidèrent leur quartiers et se réfugièrent dans des endroits « sûrs » (dans la capitale ou dans ses environs)

1.1.2.3. Des camps de déplacés inégalement répartis sur le territoire

En 1999, le Ministère à la Réinstallation, à la Réinsertion des Déplacés et des Rapatriés estimait le nombre de déplacés de guerre à 827.244 personnes (MRRDR, 1999). En 2002, l'enquête préliminaire à l'ESD-SR a établi une liste exhaustive de tous les camps de déplacés de guerre, actualisant ainsi des listes établies auparavant par l'administration et par les organisations humanitaires. Au total, 281.628 personnes ont été recensées dans 230 camps (Ministère de l'intérieur et de la sécurité publique, 2003). Plus concrètement et selon la même enquête, ces camps sont installés sur 213 collines dans 78 communes et 3 zones⁸ de la mairie de Bujumbura. La figure 1.2 montre la répartition de la population déplacée de guerre ainsi que le nombre de sites de déplacés de guerre par commune.

Selon les résultats du recensement de la population déplacée de guerre réalisé en 2002 (Ministère de l'intérieur et de la sécurité publique, 2003, pp.16-21), force est de constater que plus de la moitié de ces populations sont concentrées dans les communes de Rumonge, Burambi, Buyengeri, Nyanza-Lac, Kayogoro, Bukeye et Ruhororo. Les trois premières communes sont des communes de la province de Bururi (au sud du pays), les deux suivantes sont dans la province de Makamba (au sud), les deux dernières sont respectivement situées dans les provinces de Muramvya (au centre du pays) et Ngozi (au nord du pays). Les cinq premières communes comptent près de 50% de la population déplacée de guerre.

La mise en application du cessez-le-feu (accords entre le gouvernement et le CNDD-FDD en 2003) aura permis un retour massif des populations déplacées sur leurs collines d'origine. Ainsi, dès fin 2003 et en 2004, les sites des déplacés des provinces de Bururi, Cankuzo, Makamba et Rutana ont été démantelés d'une manière accélérée et en 2005, 116.799 personnes sont dénombrées dans 160 sites (OCHA, 2005). Les provinces de Bubanza et Bujumbura-rural restent le fief du mouvement rebelle FNL, jusqu'en 2008.

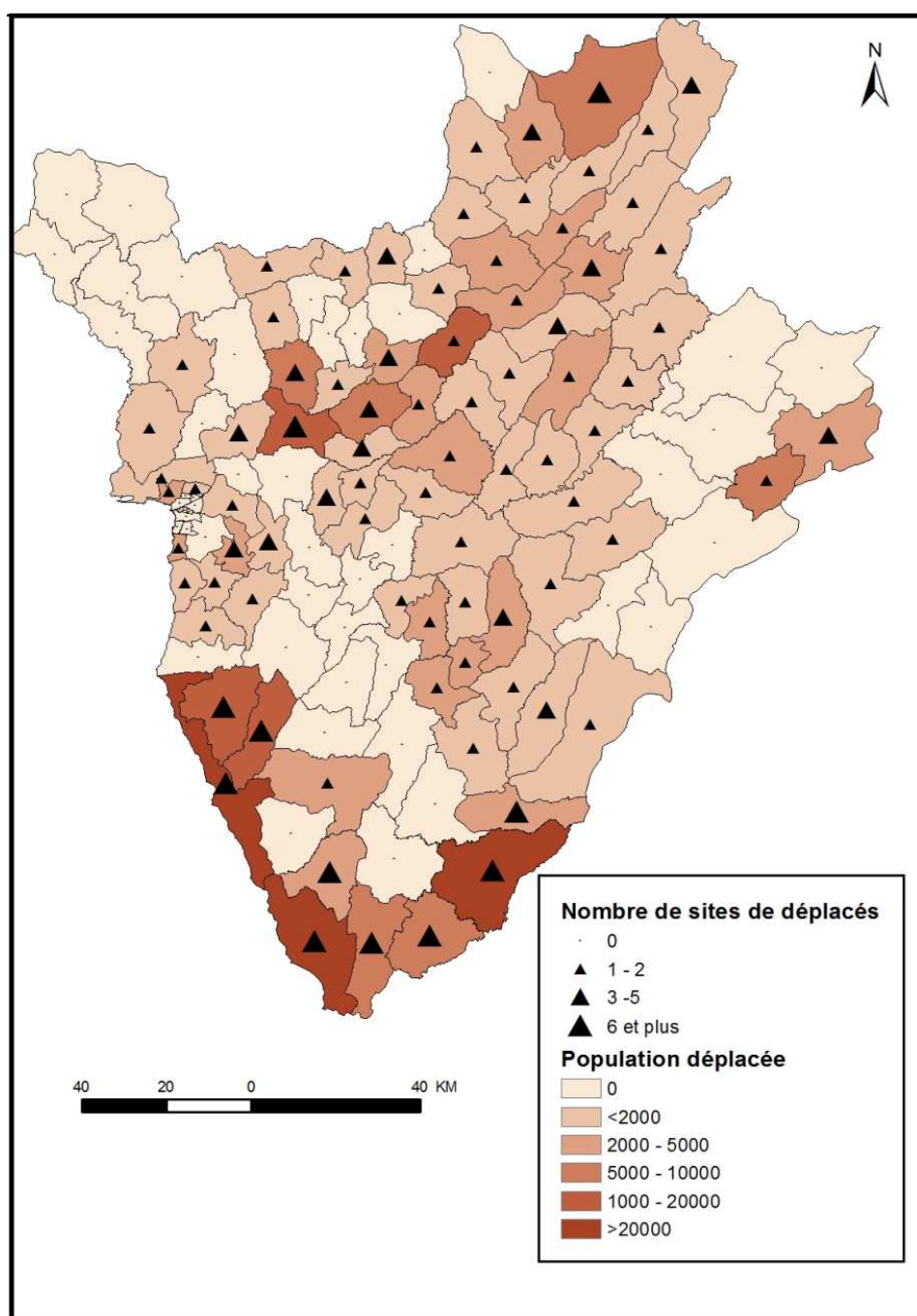
Au moment où les populations déplacées et dispersées des régions du Sud et de l'Est affirmaient une volonté ferme de retour dans leurs collines d'origine suite à la signature du Cessez-le-feu de 2003, les déplacés du Nord et du centre étaient réticents (OCHA, 2005). Cette réticence est

⁸ A l'époque on parlait de zones urbaines mais depuis 2005 les *zones urbaines* sont devenues des *communes urbaines*

expliquée par la méfiance des voisins, une peur qui remonte aux massacres inter-ethniques de 1993. Ce comportement est également observé dans d'autres sites créés au début de la crise.

D'autres facteurs expliquent cette réticence au retour : l'emplacement géographique de certains sites de déplacés qui facilite l'activité économique informelle, le manque de terres, le manque de logement dans leur collines d'origine (habitat détruit ou délabré), etc. (OCHA, 2005).

Figure 1.2 : Répartition de la population déplacée de guerre et du nombre de sites de déplacés de guerre par commune en 2002 au Burundi



Source : Tableau 3 in Ministère de l'intérieur et de la sécurité publique, 2003, pp.16-21

Selon la même étude de l'OCHA (2005), la question des déplacés et réfugiés est manipulée à des fins politiques. La typologie et la composition des sites de déplacés a évolué sensiblement au fil du conflit et cette complexité croissante des situations n'a pas toujours été prise en compte par les intervenants humanitaires et administratifs (Royer, 2004 ; OCHA, 2005 ; Pérouse de Montclos, 2006). N'ayant pas de politiques claires en matière d'assistance aux déplacés internes, l'intervention du système des Nations-Unies est généralement ponctuelle et dépend de la capacité des acteurs locaux ou nationaux à convaincre de la situation d'urgence de telle catégorie de migrants. A ce manque de politique claire, s'ajoute le manque de coordination des actions des ONGs et des agences des Nations Unies.

1.1.3. Typologie des camps de déplacés existants en 2002

Dans l'objectif de montrer comment la population déplacée a été exposée de manière intensive aux différentes crises qu'a connues le Burundi, Blayo *et al.* (2004) ont élaboré une typologie des camps de déplacés à partir du recensement de cette population de déplacés réalisé en 2002. Ainsi, les auteurs distinguent trois groupes de camps en fonction de la composition par âge et par sexe de leur population :

- le premier groupe qualifié de « type (a) » est le plus fréquent. Les effectifs des moins de 15 ans croissent avec l'âge (les 10-14 ans > aux 5-9 ans > aux 0-4 ans) ;
- La base de la pyramide des âges du deuxième groupe (« type b ») est rectangulaire ; les effectifs des trois premiers groupes d'âge sont plus ou moins égaux. Cette situation est proche de celle observée en milieu rural ;
- Le troisième groupe (« type c ») présente une pyramide de forme triangulaire à l'image de la pyramide des âges des populations à forte natalité.

Cette différence des formes de la base des pyramides des âges est expliquée par une différence de fécondité. La fécondité dans les camps des déplacés est influencée par l'intensité de veuvage des populations de chaque type de camps (Blayo *et al.*, 2004). Le tableau 1.6 (annexe 1) résume la description de ces trois groupes de camps de déplacés en fonction d'informations collectées lors de l'ESD-SR.

En effet, dans les camps de type (a), la mortalité de crise est nettement inférieure à la moyenne en 1972⁹. Par contre, elle est très élevée en 1993 et légèrement inférieure à la moyenne après 1993. C'est donc en 1993 que la population de ces camps de déplacés est frappée par un veuvage important. La fécondité générale du moment a connu une baisse brutale, d'où la forme particulière de leur pyramide des âges (en V).

⁹ Selon les auteurs, la mortalité de crise des conjoints des enquêtées est la principale cause de la différence des bases des pyramides des âges des populations déplacées. Cette mortalité de crise des hommes est plus intense à des grandes dates historiques, d'où la référence ici à l'année 1972 (*cf.* sur l'historique des conflits).

Dans les camps de type (b), on y observe une mortalité de crise très supérieure à la moyenne en 1972, proche de la moyenne en 1993 et légèrement supérieure à la moyenne en 1996. On y observe également une baisse précoce de la fécondité consécutive au veuvage de 1972. La fécondité générale a modérément baissé depuis 1993.

Dans les camps de type (c), la mortalité des hommes apparentés aux enquêtés est proche de la moyenne en 1972 et légèrement inférieure en 1993. C'est en 1997 qu'elle est plus importante, comparativement aux autres types de camps. Le veuvage lié à la mortalité de crise de 1972 et 1997 est élevé mais moins important, comparativement aux autres types de camps, ce qui explique la baisse modérée de la fécondité générale du moment. Selon les auteurs, cette sous-population de déplacés a des comportements démographiques différents des autres, puisqu'en toute période, même avant la crise, les indices (fécondité générale, mortalité des enfants et polygamie) sont bien supérieurs à ceux observés dans les autres types de camps et en milieu rural.

Les périodes de première migration forcée sont également différentes si on compare les trois types de camps. La grande majorité de la population des camps de type (a) a migré pour la première fois en 1993 tandis que cette 1^{ère} migration a eu lieu en 1996-1999 et 1997-1999 respectivement dans les camps de type (b) et type (c).

Ce sont les camps de type (a) qui sont les mieux couverts par l'assistance humanitaire comparativement aux autres types de camps. Le niveau d'accouchements en structure de soins de santé y est plus élevé que dans les autres types de camps. Dans les camps de type (c), les conditions de vie sont plus précaires que dans les camps de type (a) et (b). Etant moins couverts par l'assistance humanitaire, il y a moins d'accouchements en structure de soins de santé.

1.2. Evolution socio-démographique du Burundi

1.2.1. Source de données¹⁰

L'état-civil n'existe au Burundi que depuis 1980 par le Décret-loi 1/1 du 15 janvier 1980 portant sur le code des personnes et de la famille. Ledit décret a été complété par l'ordonnance ministérielle n° 530/102 du 29 avril 1980 qui créa les bureaux communaux de l'état-civil. Après plus de trois décennies d'existence et de modernisation, force est de constater que le système d'état-civil burundais se heurte encore à d'importantes insuffisances et dysfonctionnements tant sur le plan de la couverture géographique que dans l'enregistrement des faits. Le système d'état-civil ne fonctionnait pas normalement durant les années de crise socio-politique, période durant laquelle les données de l'état-civil auraient été plus que nécessaires pour mesurer l'ampleur de ladite crise, la mortalité par crise notamment.

¹⁰ Pour plus d'informations détaillées sur les sources de données démographiques durant la période coloniale (recensements administratifs, enquêtes, registres paroissiaux) cf. Ngayimpinda (1998).

Deux enquêtes par sondage ont été organisées en 1965 et en 1970-1971. La première avait pour but de connaître la répartition spatiale de la population du Burundi. Elle révéla, entre autres résultats, une sous-estimation importante des données démographiques par les recensements administratifs (Berciu, 1980). La deuxième enquête devait servir de recensement par sondage. Ses résultats ne sont pas plus satisfaisants que ceux de l'enquête de 1965 (Berciu, 1980). Ces deux enquêtes, de qualité cependant douteuse, ont servi de sources de données pendant plusieurs années.

Le Burundi ne connaît que trois recensements généraux de la population réalisés en 1979, en 1990 et en 2008 ainsi que deux enquêtes démographiques et de santé (EDS) classiques, en 1987 et en 2010. En 2002, soit après 10 ans de crise, l'enquête socio-démographique et de santé de la reproduction (ESD-SR) a été organisée.

1.2.2. Evolution démographique

1.2.2.1. Une population qui croît très rapidement

La population du Burundi était estimée à 1.924.000 personnes en 1941, à 1.855.000 en 1945 (effet de la famine de 1943), à 2.012.000 en 1949, 2.213.000 en 1959 et 2.369.000 en 1962 (Berciu, 1980). Les rapports administratifs estimaient le taux de croissance de la population à 3% (Berciu, 1980).

L'analyse des résultats des trois recensements généraux de la population révèle que la population burundaise augmente, en moyenne, de 1,3 million de personnes tous les dix ans et a doublé en à peu près 30 ans. Elle était estimée à 4.028.420 en 1979, à 5.356.267 en 1990 et à 8.053.574 en 2008. La densité de la population a quasiment doublé et elle est parmi les plus élevées d'Afrique. Aux trois recensements, elle est respectivement estimée à 155 hab./km², à 296 hab./km² et à 310 hab./km² (MEEATU, 2012).

On observe de fortes différences de peuplement entre les provinces. Selon les résultats du recensement de la population de 2008 (voir tableau 1.1), la province de Bujumbura-Mairie a la densité de population la plus élevée de tout le pays (5715 hab./km²). A peu près 500.000 personnes vivent sur une très petite superficie de 87 km². Symbole de modernité et de réussite, Bujumbura est une terre d'accueil pour la quasi-totalité des travailleurs et demandeurs d'emploi dans le secteur secondaire et tertiaire. Hormis la capitale du pays, ce sont les provinces du nord (Kayanza, Muyinga et Ngozi), du centre (Muramvya) et la province de Bujumbura qui sont les plus densément peuplées (plus de 400 hab./km²) ; le record revenant à la province de Kayanza avec une densité de population estimée à 475 hab./km². En revanche, la densité de la population des provinces de l'Est et Sud-Est du pays (Cankuzo, Rutana et Ruyigi) n'atteint pas 200 habitants au km².

Tableau 1.1 : Burundi, densités de la population par province selon le recensement de 2008

Provinces	Populations*	supérficiess**	Densités
1. Bubanza	338023	1089	310
2. Bujumbura	555933	1232	451
3. Bururi	574013	2465	233
4. Cankuzo	228873	1964	117
5. Cibitoke	460435	1635	282
6. Gitega	725223	1979	366
7. Karuzi	436443	1457	300
8. Kayanza	585412	1233	475
9. Kirundo	628256	1703	369
10. Makamba	430899	1960	220
11. Muramvya	292589	696	420
12. Muyinga	632409	1836	344
13. Mwaro	273143	799	342
14. Ngozi	660717	1474	448
15. Rutana	333510	1959,5	170
16. Ruyigi	400530	2338	171
17. Bujumbura-Marie	497166	87	5715
Total	8053574	25906,5	311

Sources : * Burundi- BCR, *Recensement général de la population et de l'habitat du Burundi 2008 : Synthèse des résultats définitifs*, Bujumbura, 2011. ** Burundi, *Annuaire de l'administration territoriale*, Bujumbura, 2012

1.2.2.2. Une population très jeune

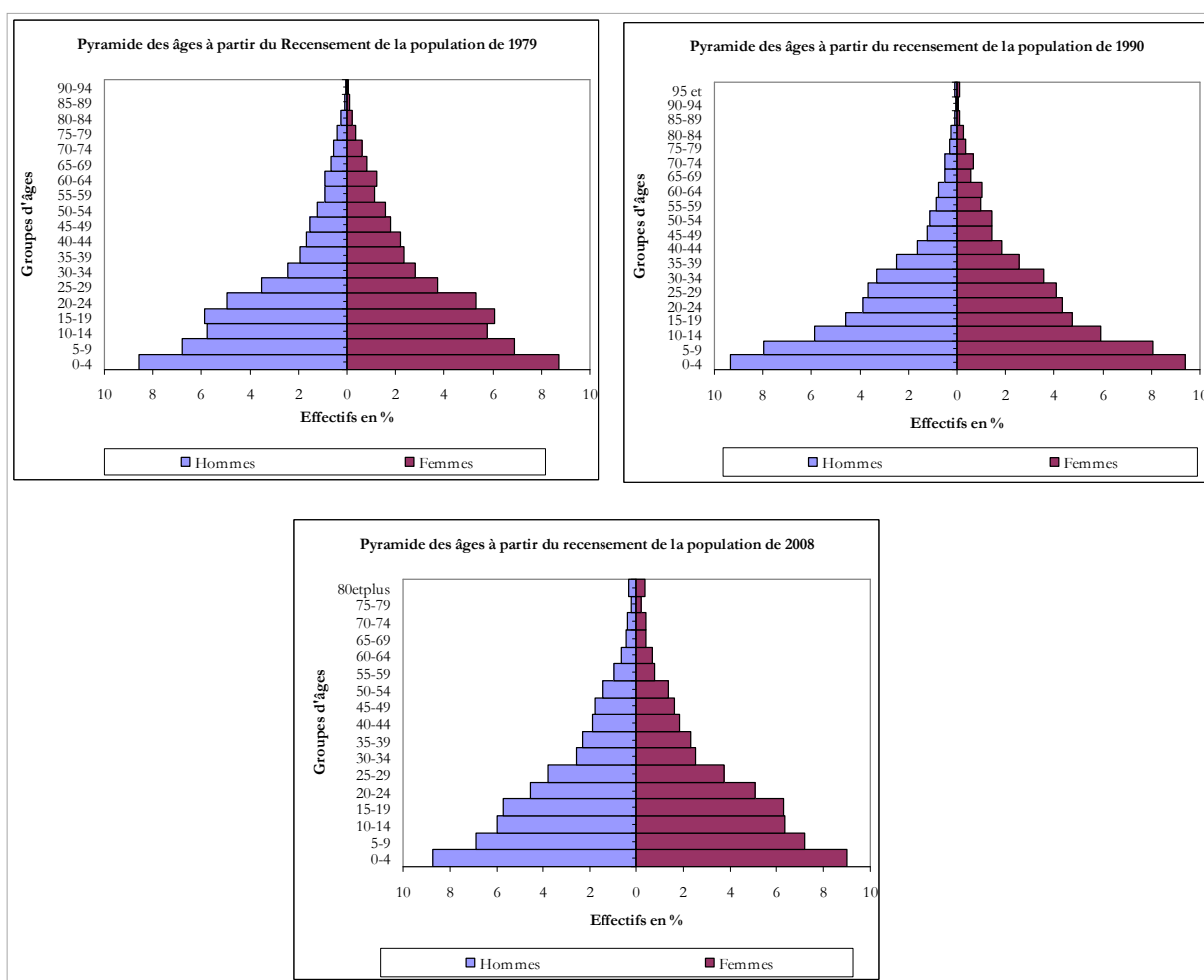
La forme des pyramides des âges n'a pas changé depuis 1979. Elle témoigne de la jeunesse de la population du Burundi.

Bien que le but de cette section ne soit pas d'analyser la qualité des données, force est de constater que la distribution de la population par âge- et surtout par sexe- présente des irrégularités aux trois recensements, comme le montre la figure représentant les rapports de masculinité (voir figure 1.10 de l'annexe 1).

Néanmoins, la qualité douteuse de ces données ne modifie pas le caractère « jeune » de la population du Burundi. En 2008, les moins de 15 ans représentent à eux seuls 45% de la population totale (contre 42,5% en 1979 et 46,5% en 1990). La population active (15-64 ans) représente 52% de la population totale (53,3% en 1979 et 49,5% en 1990) et les personnes âgées (65 ans et plus) représentent 4,1%, 3,9% et 2,7% aux trois recensements respectifs. Le rapport de

dépendance démographique¹¹ reste à un niveau élevé, plus de 90% (94,4% en 2008 contre 92,7% en 1979 et 99,4% en 1990). Cela signifie que, théoriquement¹², il y a plus de 90 personnes dépendantes pour 100 travailleurs potentiels. C'est le coefficient de dépendance des jeunes qui est le plus important. Pour que les mesures de gratuité des soins de santé aux moins de 5 ans et de l'enseignement primaire, en vigueur depuis 2005-2006, soient efficaces, une mobilisation importante des moyens humains et financiers est plus que nécessaire.

Figure 1.3 : Pyramides des âges de la population du Burundi selon les recensements de la population de 1979, 1990 et 2008



Sources : Elaborées par l'auteure à partir des données des recensements de 1979, 1990 et 2008

A l'instar des autres pays en développement, la base de la pyramide des âges aux différents recensements est large, ce qui signifie une rapide croissance de la population du fait de la fécondité. La fécondité et la mortalité sont restées à un niveau élevé au cours des 30 dernières années.

¹¹ Le rapport de dépendance démographique est obtenu en rapportant le nombre de personnes dépendantes (les moins de 15 ans et les 65 ans et plus) au nombre de personnes potentiellement actives (15-64 ans).

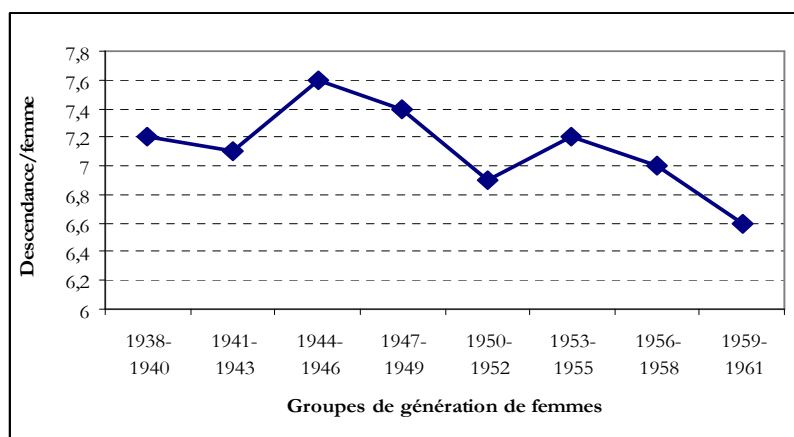
¹² Parce qu'on ignore le poids du travail des enfants même si on sait que c'est une réalité au Burundi. La grande majorité des employés de maison (domestiques comme on les appelle communément) sont des mineurs.

1.2.2.3. Une fécondité toujours élevée

Au regard des résultats des différentes sources d'informations (enquêtes et recensements, statistiques des Nations Unies), la fécondité reste très élevée au Burundi. Cette fécondité élevée est fonction de certains facteurs, entre autres, l'âge au mariage, le calendrier de fécondité, le faible niveau d'utilisation de la contraception et le désir d'enfants, caractéristiques considérées comme des « variables intermédiaires » ou « déterminants directs » de la fécondité (Bongaart, Frank et Lesthaeghe, 1984, Bongaarts, 1993, Schoumaker, 2001). Le tableau 1.7 (annexe 1) résume les informations sur la fécondité, disponibles dans les enquêtes et recensements déjà réalisés au Burundi.

L'observation de la fécondité¹³, sur une période de plus de 20 ans, révèle que celle-ci n'a pas baissé malgré les petites fluctuations des différents indices. Lors de l'EDS de 1987, l'ISF était estimé à 6,8 enfants par femme. Il est estimé à 6,4 enfants par femme en 2010 (EDS de 2010). De même, la descendance finale n'a quasiment pas changé entre les deux EDS (de 6,9 enfants par femme en 1987 à 6,6 enfants en 2010). Les résultats de l'ESD-SR de 2002 montrent que, malgré les fluctuations, la descendance finale des femmes est restée à un niveau très élevé, de 7,2 enfants pour le groupe de générations 1938-1940 à 6,6 enfants chez les générations 1959-1961 (figure 1.4.). Le tableau 1.7 (annexe 1) montre également une parité moyenne très élevée au Burundi et ne variant pas. Une femme burundaise a en moyenne 7 enfants à la fin de sa vie féconde (45-49 ans).

Figure 1.4 : Evolution de la descendance par groupe de générations de femmes

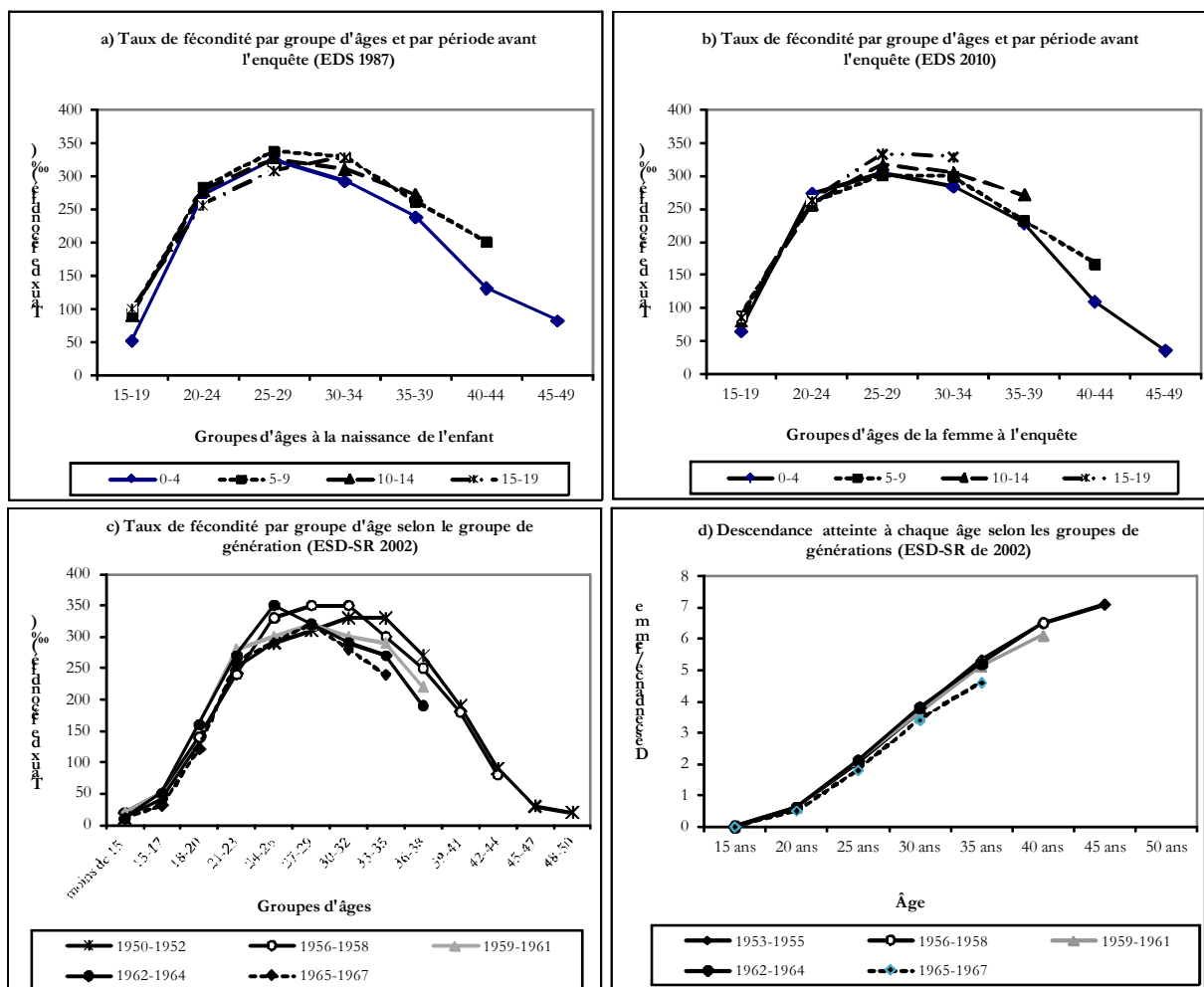


Source : ESD-SR de 2002

¹³ Le niveau de fécondité est mesuré par l'indice Synthétique de Fécondité (ISF), la descendance finale et la parité moyenne. L'ISF correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde, si les taux de fécondité du moment restaient invariables. La *descendance finale* est le nombre moyen d'enfants que les femmes de cette génération ont eu à la fin de leur vie féconde. La *Parité Moyenne* mesure la fécondité cumulée des femmes. C'est le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme. On l'obtient en rapportant le nombre total d'enfants nés-vivants des femmes d'un groupe d'âges donné au nombre total des femmes de ce même groupe d'âges.

Le fait que, au niveau national, les valeurs de l'ISF et de la descendance finale soient toujours proches signifie que la fécondité ne varie pas au Burundi. Toutefois, une tendance à la baisse a été observée en 1987 chez les femmes de niveau d'instruction égal au moins au secondaire, l'ISF (5,5 enfants/femme) étant inférieur à la descendance finale (6,6 enfants/ femme) dans cette catégorie. En 2010, une tendance à la baisse de la fécondité est plutôt observée en milieu urbain où l'ISF (4,2 enfants/femme) est inférieur à la descendance finale (5,3 enfants/femme). La population Burundaise dans son ensemble et les femmes en particulier étant majoritairement rurale avec un niveau d'instruction très faible, le changement de comportement des femmes urbaines et les plus instruites n'arrive pas à infléchir les niveaux de la fécondité calculés sur l'ensemble des femmes.

Figure 1.5 : Taux de fécondité par groupes d'âges selon les enquêtes de 1987, 2002 et 2010



Sources : EDS de 1987, ESD-SR de 2002 et EDS de 2010

Au Burundi, contrairement à la plupart des sociétés africaines, les femmes entrent dans la vie féconde plus tardivement et les conceptions hors mariage sont rares (Tabutin et Schoumaker, 2004). L'EDS de 1987 et celle de 2010 ont estimé l'âge médian à la première naissance à 21 et 21,5 ans respectivement, tandis que l'ESD-SR de 2002 a estimé que l'âge moyen à la première naissance n'avait jamais été inférieur à 21,5 ans depuis la génération 1938-1940. Il était, d'ailleurs, estimé à 23,5 ans pour la génération 1947-1949. Cette maternité plus ou moins tardive est liée à

l'âge à l'entrée en union. Bien qu'au Burundi le mariage soit considéré comme un devoir social confirmant la maturité des individus, il n'est pas pour autant précoce. Chez les femmes âgées de 25-49 ans, l'âge médian au premier mariage est passé de 21,9 ans en 1987 à 20,3 ans en 2010.

En principe, l'âge d'entrée en union et en vie féconde devrait influencer la fécondité. Plus cet âge recule, plus la chance d'avoir une descendance nombreuse se réduit (car la durée d'exposition au risque de grossesse est réduite). Au Burundi, la fécondité est étalée sur toute la vie reproductive (Manirakiza, 2008) et se conjugue avec une faible pratique contraceptive.

Les trois premières figures (1.4. a, b et c) montrent que les taux de fécondité sont très bas aux jeunes âges. Chez les 15-19 ans, ces taux n'atteignent pas 100‰ sauf pour la période de 15-19 ans avant l'enquête de 1987. Quelle que soit l'enquête, on remarque que les taux de fécondité des femmes de 15-19 ans sont légèrement plus bas pour les générations les plus jeunes¹⁴. Pour les EDS-1987 et EDS-2010, les taux commencent à diminuer légèrement et d'une manière régulière à partir de 30-34 ans pour les périodes situées de 15 à 19 ans avant l'enquête. Même constat pour 2002 car c'est après 27-29 ans qu'on observe une tendance à la baisse chez les générations 1965-1967. Au regard de ces figures, on peut conclure que malgré la quasi-stabilité des ISF (donc de la fécondité), les calendriers de fécondité révèlent un changement au fil du temps. Selon le rapport de l'EDS de 2010 (Burundi, 2012), la fécondité aurait très légèrement diminué au cours des dernières années, « *l'ISF à 35 ans étant passé de 5,0 enfants par femme pour la période la plus ancienne (années 1991-1995) à 4,6 pour la période 2006-2010* ». En d'autres termes, la fécondité est plus basse après 30 ans pour les générations les plus jeunes comparées aux plus âgées.

Les données de 2002 montrent également que, bien que la fécondité soit retardée dans un premier temps (fécondité basse aux jeunes âges), celle-ci s'étale sur toute la vie reproductive (voir figure 1.5.d). Autant la fécondité avant 20 ans est très faible, autant la constitution de la descendance continue pendant toute la vie reproductive jusqu'à 45 ans. La fécondité des femmes du Burundi est proche de la fécondité dite « naturelle » selon la théorie de Bongaarts (1993). Autrement dit « *la procréation s'arrête à la fin des capacités biologiques des femmes* » (Manirakiza, 2008, p.186).

Même s'il n'y a pas de changement de comportement reproductif (ou si le changement s'opère très timidement), la conception de la taille idéale de la famille a sensiblement changé. En 2010, les femmes désirent en moyenne 1,1 enfant de moins par rapport à l'EDS de 1987 (de 5,3 à 4,2 enfants par femme) et le nombre idéal d'enfants ne varie pas selon le groupe d'âges des enquêtées (4,2 enfants/femme à l'exception des 15-19 ans et 45-49 ans qui désirent 4,1 enfants/femme).

¹⁴ Il sied, cependant, de noter que sur le graphique représentant les données de l'ESD-SR de 2002, les plus jeunes sont les femmes de la génération 1965-1967 donc âgées de 35-37 ans au moment de l'enquête.

Quelle que soit l'enquête, ce sont les femmes urbaines et les femmes plus instruites qui désirent moins d'enfants¹⁵. Toutefois, il est important de souligner que c'est chez les femmes rurales et les peu ou pas instruites qu'on observe un réel changement en termes de fécondité désirée. En 2010, la fécondité désirée des femmes rurales est égale à celle que désiraient les femmes urbaines en 1987 (4,2 enfants/femme), et les femmes pas (ou peu) instruites désirent avoir un nombre d'enfants à peu près égal à celui que désiraient les femmes plus instruites en 1987 (4 enfants par femme). En revanche, il n'y a quasiment pas de changement de fécondité désirée chez les femmes les plus instruites (de 4 enfants en 1987 à 3,8 enfants en 2010 chez les femmes de niveau secondaire et plus).

Dans l'ensemble, les femmes burundaises restent quand-même natalistes et il existe une relation entre le désir d'enfant et la fécondité réalisée. Néanmoins, il est important de remarquer que, quelle que soit l'époque, la fécondité désirée est inférieure à la fécondité observée (ISF et descendance finale). Deux hypothèses pour tenter d'expliquer cet écart :

- 1) une incapacité à maîtriser la fécondité dans un pays où les pratiques traditionnelles de limitation des naissances sont en régression¹⁶ et l'adhésion à la contraception moderne encore basse (11% en 2010 contre 2% en 1987) après plus de trente ans de politique de limitation des naissances.
- 2) L'adoption du discours dominant (avoir moins d'enfants). Les enquêtées cherchent à « plaire » à l'enquêtrice en sous-déclarant le nombre souhaité d'enfants.

1.2.2.4. Un timide recul de la mortalité des enfants

De nombreuses études ont montré une relation entre la fécondité (ou le désir de fécondité) et la mortalité infantile (Tabutin et Schoumaker, 2004). Plus la mortalité infantile est faible, plus la fécondité baisse.

Les estimations de la mortalité des enfants par les Nations-Unies sont plus élevées que celles obtenues à partir des enquêtes démographiques déjà réalisées au Burundi. Malgré ces différences d'estimations, toutes les sources de données témoignent d'une tendance à la baisse de la mortalité des enfants (mortalité infantile et infanto-juvénile).

Selon les estimations des Nations-Unies (World population Prospects : the 2010 revision), la période avant 1990 montre une tendance à la baisse de la mortalité des enfants. Pendant la période 1990-1995, la mortalité des enfants augmente et atteint un niveau de 126‰ pour la mortalité infantile et 210‰ pour la mortalité infanto-juvénile. Cette période correspond à la

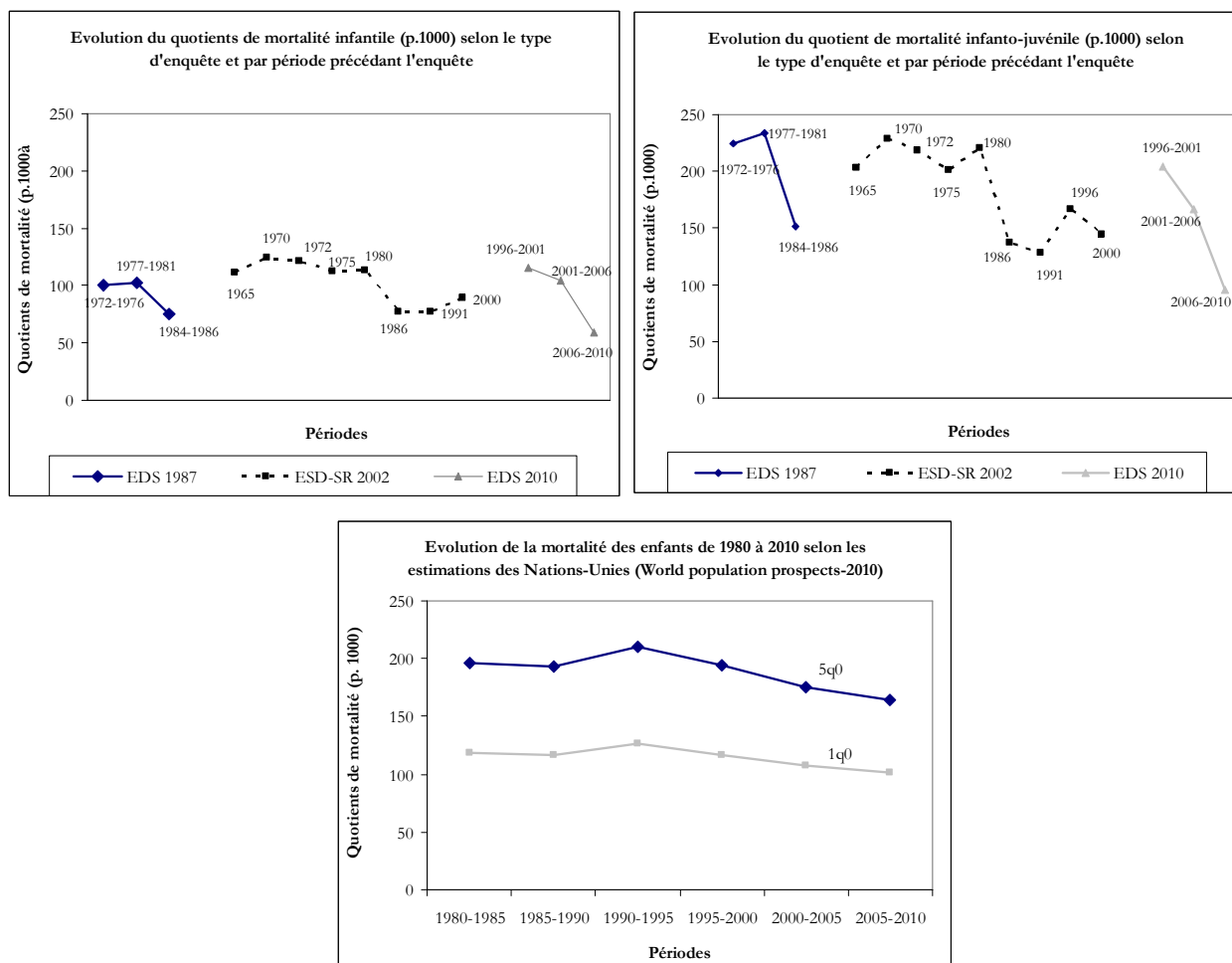
¹⁵ L'étude de Tabutin et Schoumaker (2004) fait observer que dans tous les pays d'Afrique, la fécondité est plus basse dans les villes que dans les campagnes et l'instruction joue un rôle important dans le recul de la fécondité.

¹⁶ Par exemple, Tabutin et Schoumaker (2004) ont observé qu'au Rwanda et au Burundi, la durée d'abstinence postpartum a toujours été très courte comparativement aux autres pays d'Afrique Sub-saharienne.

période la plus critique de la crise socio-politique. Depuis 1995-2000, la mortalité des enfants diminue régulièrement selon les données des Nations-Unies.

Selon les données des EDS, la mortalité des enfants âgés de moins d'un an a diminué de 21 % sur une période de 23 ans (entre l'EDS de 1987 et celle de 2010) tandis que la mortalité juvénile a reculé de plus de 50% au cours de la même période. La mortalité des moins de 5 ans, quant à elle, est passée de 152‰ à 97‰ soit une réduction de 36% (tableau 1.2).

Figure 1.6 : Evolution de la mortalité des enfants au Burundi



Sources : EDS de 1987 et de 2010, ESD-SR de 2002 et World population prospects 2010

Les données des recensements confirment également cette baisse de la mortalité des enfants malgré un niveau qui reste relativement élevé. Au recensement de 2008, le taux de mortalité infantile est estimé à 103‰ alors que celui-ci était estimé à 127‰ et 114‰ respectivement aux recensements de la population de 1979 et 1990.

Cette amélioration de l'état de santé des enfants résulte essentiellement des efforts fournis en matière de santé. De larges campagnes de vaccination contre certaines maladies (poliomyélite, rougeole, ...) et la mesure de gratuité des soins des moins de 5 ans en vigueur depuis 2006 font

partie des efforts fournis en vue de réduire la mortalité des enfants. Selon l'ESD-SR de 2002 et l'EDS de 2010, la quasi-totalité des enfants ont reçu au moins un vaccin. Néanmoins, si on se limite aux informations provenant des carnets de santé uniquement¹⁷, le niveau de vaccination complète des enfants est faible et n'a pas changé comparativement à l'EDS de 1987 (de 58% en 1987 à 59% en 2010).

Tableau 1.2 : Mortalité des enfants¹⁸

Quotients de mortalité	EDS de 1987	ESD-SR 2002	EDS de 2010
1q0	75,0‰ [67,5‰-82,4‰]	94,0‰ [79,7‰-108,3‰]	59,0‰ [54,1‰-63,8‰]
4q1	82,9‰ [75,1‰-90,7‰]		40,0‰ [35,9‰-44,0‰]
5q0	151,8‰ [141,6‰-161,9‰]	149,3‰ [128,0‰-170,6‰]	96,8‰ [89,9‰-102‰]

Sources : EDS de 1987 et de 2010, ESD-SR de 2002

Malgré ces efforts, l'amélioration de la santé des enfants s'est heurtée à la détérioration des conditions de vie des ménages consécutive à la longue période de guerre et à une prévalence du VIH/SIDA relativement élevée au Burundi. Selon les enquêtes de surveillance des comportements à risque de 2002 et 2007, la séroprévalence était estimée à 3,8% en 2002 (9,4% en milieu urbain, 10,5% en milieu semi-urbain et 2,5% en milieu rural) et à 3% en 2007 (4,6% en milieu urbain, 4,4% en milieu semi-urbain et 2,8% en milieu rural) (Burundi-CEFORMI/IMEA, 2008). Selon l'EDS de 2010, avec un échantillon de 9503 hommes et femmes âgés de 15-49 ans, la séroprévalence est estimée à 1,4% dont 4,1% en milieu urbain et 1% en milieu rural¹⁹.

1.2.2.5. Mortalité maternelle

Dans un pays où l'état-civil ne fonctionne pas correctement comme le Burundi, l'estimation de la mortalité maternelle est d'autant plus problématique. Tous les décès et leurs causes ne sont pas enregistrés systématiquement et les autres sources d'informations (enquêtes et recensements) ne se prêtent pas à cette analyse. En effet, au recensement de 1979 et à l'EDS de 1987 aucune question permettant d'estimer cette mortalité n'a été posée. A l'ESD-SR de 2002, les informations collectées concernaient les événements survenus chez les membres du ménage une

¹⁷ A l'ESD-SR les données sont obtenues à partir des déclarations des mères uniquement tandis qu'à l'EDS, les informations sur la couverture vaccinale sont obtenues à partir des carnets de santé ou des déclarations des mères. Dans un pays à très faible niveau d'instruction, il est difficile pour les femmes de retenir les dates des vaccins, le type de vaccin, s'il y a eu rappel ou non. L'écart entre les estimations faites à partir de ces deux sources (carnets de santé et déclarations) est tel qu'on ne peut pas se fier aux déclarations de la mère. Selon l'EDS-2010, par exemple, 83% des enfants de 12-23 mois avaient tous terminé le programme de vaccination. Or, 58,6% ont été estimées à partir du carnet de santé tandis que 24,4% se basent sur les déclarations des mères.

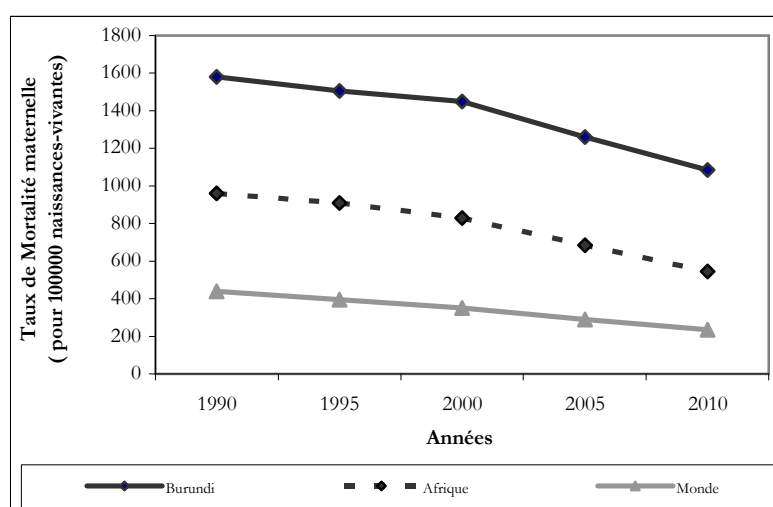
¹⁸ Les quotients de mortalité ont été calculés sur les périodes allant de 1982-1986 pour l'EDS de 1987, de 1998-2001 pour l'ESD-SR de 2002 et sur une période de cinq ans avant l'EDS de 2010. Notons que les intervalles de confiance des valeurs fournies par les EDS de 1987 et 2010 ont été calculés par l'auteure.

¹⁹ Les taux de séroprévalence fournis par ces différentes enquêtes ne signifient pas nécessairement une tendance à la baisse car ils sont difficilement comparables. En fait, l'âge et la taille des échantillons sélectionnés par ces enquêtes sont très variables (5.569 personnes âgées de 12 ans et plus pour l'enquête de surveillance de 2002, 18.000 personnes de 18 mois et plus pour l'enquête de surveillance de 2007 et 9503 hommes et femmes âgés de 15-49 ans pour l'EDS de 2010).

année avant l'enquête. Or, la mortalité maternelle étant un phénomène rare, il est impossible qu'en l'espace d'une seule année, un nombre suffisant de décès maternels survienne dans les ménages de l'échantillon. Les données de l'EDS de 2010, quant à elles, permettent d'estimer la mortalité maternelle à partir de la méthode des frères et sœurs des enquêtées (Filippi et Graham, 1990; OMS, 1998).

Les estimations de l'OMS permettent d'estimer l'évolution de la mortalité maternelle au cours d'une période de 20 ans. Néanmoins, les intervalles de confiance autour des valeurs observées sont tellement larges qu'il sied de se poser la question sur la précision statistique de ces données.

Figure 1.7 : Evolution de la mortalité maternelle au Burundi



Source : Estimations de l'OMS²⁰

La figure 1.7 représente des valeurs centrales de la mortalité maternelle. Selon ces estimations de l'OMS, la mortalité maternelle au Burundi reste très élevée malgré le recul observé. Toujours selon les données de l'OMS, entre 1990 et 2010, le ratio de mortalité maternelle au Burundi serait passé de 1580 décès pour 100.000 naissances vivantes à 1085 décès pour 100.000 naissances vivantes, soit un recul de 31%. La mortalité maternelle serait plus élevée que celle estimée pour l'ensemble de l'Afrique (2 fois plus élevée en 2010) et pour l'ensemble du monde (4,6 fois plus élevée en 2010). Au recensement de 2008 au Burundi, ce ratio était estimé à 866 décès pour 100.000 naissances vivantes tandis qu'il était estimé à 500 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes pour la période 2004-2011 à l'EDS de 2010 (calculé à partir des déclarations sur la survie des sœurs).

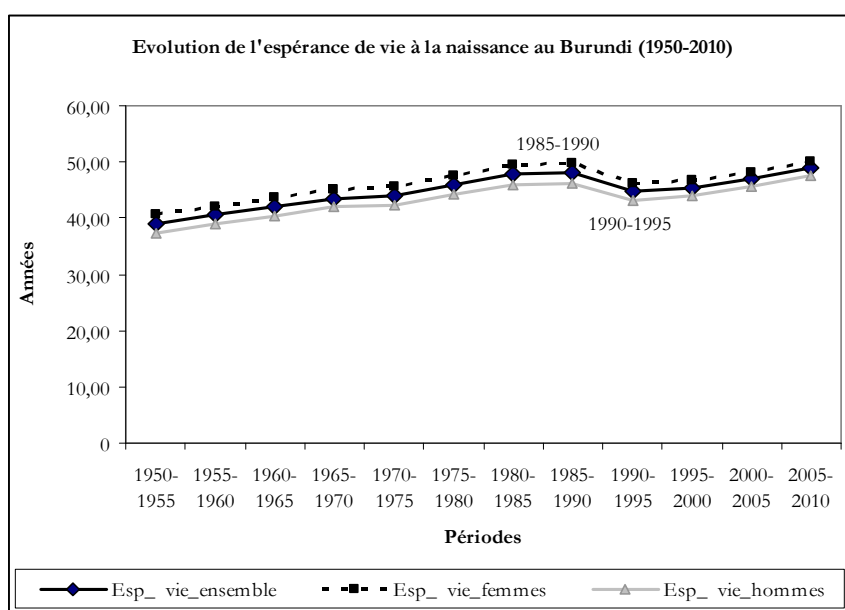
²⁰ Données trouvées sur <http://apps.who.int/ghodata/#>

1.2.2.6. Espérance de vie très faible

Selon les estimations des Nations-Unies, l'espérance de vie à la naissance qui augmente régulièrement depuis 1950 a chuté au cours de la période 1990-1995. Depuis 1995-2000, on observe une remontée de la courbe qui, en 2005-2010, atteint voire dépasse légèrement le niveau de 1985-1990.

Malgré les écarts d'estimation, les données des enquêtes et recensements confirment cette évolution de l'espérance de vie de la population du Burundi. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 51 ans au recensement de 1990, 44,1 ans à l'ESD-SR de 2002 et 49 ans au recensement de 2008. L'écart entre les hommes et les femmes se creuse de plus en plus : 3 ans d'écart au recensement de 1979 (43 ans pour les hommes et 46 ans pour les femmes), 4 ans d'écart à l'EDS-SR de 2002 et 5,8 ans d'écart au recensement de 2008 (46 et 51,8 ans respectivement chez les hommes et les femmes).

Figure 1.8 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance au Burundi



Source : Estimations du World population prospects, the 2010 Revision²¹

L'arrêt de « la transition sanitaire » (Tabutin et Schoumaker, 2004) observé après 1990 est expliqué par les effets du VIH/SIDA combinés aux années de guerre qu'a traversée le pays. Cette guerre a entraîné de lourdes pertes en vies humaines, la paupérisation de la population, la destruction des infrastructures, etc.

²¹ Données sur <http://apps.who.int/ghodata/#>

1.3. Burundi : Evolution socio-économique

Le Burundi est compté depuis plusieurs années parmi les pays les plus pauvres de la planète. Selon l'indice de Développement Humain du PNUD en 2005, le pays était classé 169^{ème} sur 177 pays. En 2011, il est 185^e sur 189 pays et territoires (PNUD/Burundi, 2011). Son économie est de type essentiellement agricole et le secteur agricole représente plus de 50% du PIB.

1.3.1. Une agriculture paysanne depuis plusieurs années

L'économie du Burundi repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage dont dépend 90% de la population vivant en milieu rural. Le secteur agricole joue un rôle incontournable dans la vie des ménages essentiellement ruraux qui ne vivent que des produits de leur terre.

Les activités agricoles se subdivisent en cultures d'exportations (cultures de rentes principalement le café, le thé et le coton) et en cultures vivrières, sources d'alimentation de la population.

Les cultures de rentes, le café notamment, jouent un rôle important dans l'économie burundaise. 80% des recettes d'exportation proviennent de la vente de ces produits. La politique de recherche agronomique et d'aménagement des terres a été pendant longtemps guidée par la logique de production pour le marché international, laissant peu d'importance aux cultures vivrières qui fournissent des produits alimentaires à la quasi-totalité de la population du pays (Nibashikire, 2003 ; Akintore, 2006). Il en résulte que, comme bon nombre de pays en voie de développement, la commercialisation de ces cultures est soumise aux conditions de marchés de ces produits telles que la variation du cours du café sur le marché international.

Quant à la production vivrière, elle est soumise à des problèmes de plusieurs ordres (Nibashikire, 2003, Akintore, 2006 ; Nizigama, 2006) : la pression démographique qui a rendu les terres cultivables de plus en plus rares et donc conduit à la surexploitation de celles-ci (d'où dégradation des sols), les moyens de productions dérisoires (la houe reste l'outil le plus répandu), des moyens de conservation des produits agricoles inexistant, ce qui contraint le producteur à vendre aussitôt la récolte, etc. A ces difficultés s'ajoutent celles qui découlent des problèmes liés à l'encadrement des paysans, à leur éducation et à leur formation. Le paysan n'est pas habitué à produire pour le marché car il est difficile de construire un surplus commercialisable. Il en résulte donc un pouvoir d'achat extrêmement réduit dans le secteur rural.

1.3.2. La guerre civile et l'agriculture

Les 15 années de guerre n'ont pas épargné le secteur agricole. Des déplacements massifs de population dus aux hostilités et la recrudescence des vols du bétail ont eu pour conséquences la chute de la production agricole et l'aggravation de la pauvreté. *« Les nuits sans sommeil, la fatigue accumulée, le travail bâclé faute de pouvoir se rendre régulièrement sur les parcelles cultivées, affectent gravement le*

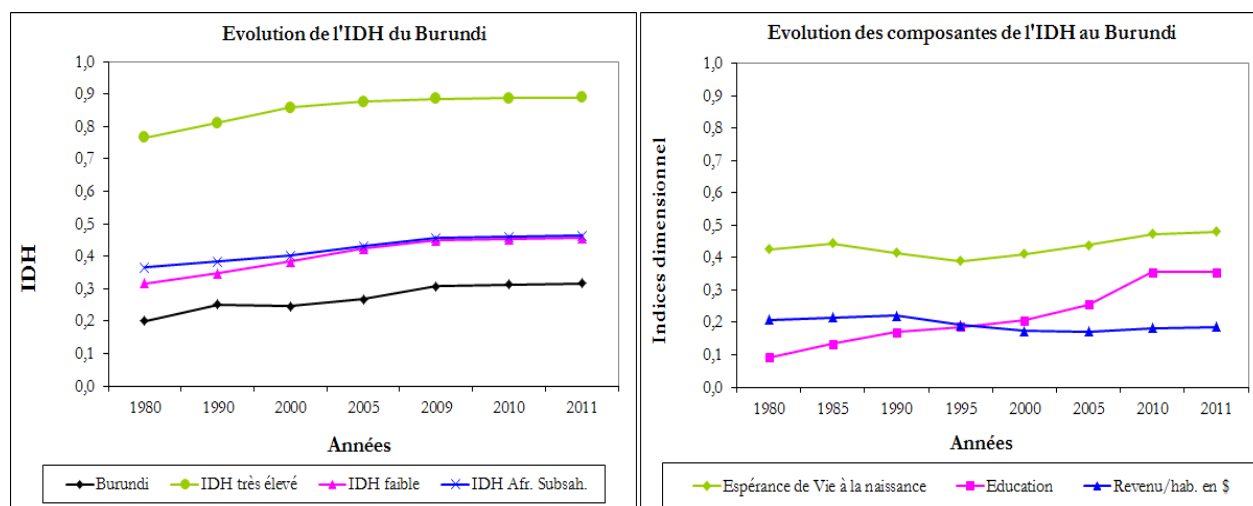
travail agricole » (Cazenave-Piarrot, 2004, p.7) des populations qui sont restées dans leur exploitation.

Selon le Ministère de la planification du Développement et de la reconstruction (MPDR), le PIB a chuté de 30% entre 1984 et 2004, le PIB /habitant est passé de 256 à 83 dollars américains (MPDR cité par Kabogoye, 2009, p. 10). En plus des effets de la guerre, les conséquences des sanctions économiques imposées par les pays voisins en 1996 (levées en 1999) ont été désastreuses sur l'économie nationale en général et sur la vie des ménages en particulier. Entre 1992 et 2001, la proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté²² est passée de 35% à 60% selon le Cadre stratégique Intermédiaire de lutte contre la pauvreté de 2002. En effet, *« la situation politique hante les esprits, annihile les volontés et tétanise toute entreprise. Au niveau des campagnes, la crise s'avère particulièrement déstructurante. La guerre civile désorganise sensiblement les productions, des situations de disette sévissent à chaque période de soudure depuis 1998 »* (Cazenave-Piarrot, 2004, p.6).

1.3.3. Evolution de l'Indicateur de Développement Humain

La qualité de vie est quantifiée à l'aide d'un indicateur appelé indicateur de développement humain (IDH) défini comme *« un concept multidimensionnel centré sur l'épanouissement de la personne humaine »* (PNUD et MPDR, 2003).

Figure 1.9 : Evolution de l'Indicateur de développement humain et ses composantes au Burundi



Source : PNUD, rapport sur le développement humain (<http://hdr.undp.org/fr/statistiques/idh/>)

Il s'agit d'un indice composite qui tient compte de trois composantes²³ : (1) niveau de revenus par habitant calculé en tenant compte de la Parité du pouvoir d'achat (PPA); (2) l'espérance de vie à

²² Ces estimations se basent sur un seuil de pauvreté par équivalent adulte de 627Fbu/jour (moins d'1 \$/j) en milieu urbain et de 525Fbu/jour (moins d'1 \$/j) en milieu rural. (Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté : CSLP second rapport de mise en œuvre, Décembre 2009)

²³ cf. Statistique de Perspective Monde de l'Université de Sherbrooke <http://perspective.usherbrooke.ca/>

la naissance qui est censée être un indicateur de santé ; (3) le niveau d'instruction estimé en combinant la durée moyenne de fréquentation des différents niveaux scolaires et la durée de scolarisation attendue.

L'IDH du Burundi est l'un des plus faibles de la planète. Le Burundi est parmi les trois derniers du classement des Nations-Unies, il occupe la 185^{ème} place sur 187 en 2011.

Si l'IDH du Burundi avait augmenté d'un peu plus de 6% entre 1985 et 1990 (de 0,235 à 0,250), il a chuté de 4% entre 1990 et 1995. En 2000, cet indicateur est estimé à 0,245. C'est à partir de cette période qu'il décolle timidement pour être estimé à 0,316 en 2011. L'IDH du Burundi est inférieur à l'IDH de l'Afrique Sub-Saharienne ainsi que celui de l'ensemble des pays pauvres.

Au regard des composantes de cet IDH, seul le niveau d'instruction s'est amélioré. Entre 2005 et 2010, l'indice de l'éducation a augmenté de 39%. En réalité, il s'agit de l'estimation de la durée de scolarisation attendue qui a fortement augmenté (de 64%) par rapport à la durée moyenne de scolarisation qui, elle, a augmenté de 17,4% uniquement durant la même période. L'augmentation de la durée de scolarisation attendue pourrait être expliquée par la mesure de gratuité de l'enseignement primaire en vigueur depuis 2005.

Il apparaît, par contre, que c'est la baisse du PIB qui a entraîné la chute de l'IDH au Burundi. Etant estimé à 468\$/hab. en 1990; celui-ci n'a cessé de chuter jusqu'en 2005 (330\$/hab.), soit une baisse de 29,5%. La crise socio-politique et l'embargo imposé par les pays voisins expliquent ce recul du niveau de vie par habitant. Le PIB reste en dessous du niveau des années 1990 (368\$ en 2001).

Quant à la chute de l'espérance de vie à la naissance entre 1985 et 1995, elle est expliquée par les effets de la guerre civile et du VIH/SIDA qui serait, aujourd'hui, la principale cause de la mortalité adulte au Burundi.

1.3.4. Evolution des indicateurs de pauvreté au Burundi

Bien qu'il soit une mesure imparfaite du niveau de vie des ménages, le PIB/tête représente le revenu moyen des ménages (PNUD/MPDR, 2003, p.15). L'économie du Burundi n'a cessé de chuter au cours des deux dernières décennies. Selon le cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté de 2006 (Burundi, 2006), le PIB a diminué, en moyenne, de 3% par an, ce qui signifie une baisse cumulée de la production de 30%. Le revenu par tête a fortement chuté, augmentant ainsi la proportion de pauvres dans l'ensemble de la population (incidence de la pauvreté²⁴). De 1990 à 2011, l'incidence de la pauvreté, mesuré par la pauvreté monétaire, a quasiment doublé passant de 35,1% à 67% (Burundi, 2006 ; Burundi, 2013). Selon le rapport sur les objectifs du millénaire de 2012 (Burundi, 2013), l'écart de pauvreté entre le milieu rural et le

²⁴ Terminologie utilisée par le PNUD dans ses rapports élaborés en collaboration avec le gouvernement du Burundi (Burundi, 2006 ; Burundi, 2013)

milieu urbain est très important (69% contre 34%). Cela signifie que plus de 4,5 millions de burundais vivaient en dessous du seuil de pauvreté, les femmes constituant un groupe particulièrement vulnérable (PNUD/MPDR, 2003, p. 16). En 1999, 76% de femmes (contre 66% d'hommes) vivant à Bujumbura étaient pauvres, le même écart étant observé en dehors de la capitale.

Outre les effets de la guerre qui a duré longtemps et qui a entraîné des pertes humaines et le départ massif des populations tant vers l'intérieur que vers l'extérieur du pays, cette économie se heurte également à des problèmes d'ordre structurel. En effet, l'agriculture vivrière reste dominante mais peu productive. La capacité d'exportation du café, principal générateur de devise, est très limitée et l'enclavement du pays freine le développement du secteur secondaire.

Les investissements ont été ralentis par la réduction de l'aide extérieure durant les années de crise, l'aide étant la principale source de financement des programmes d'investissement. Le taux d'investissement annuel est ainsi passé de 15% du PIB au début des années 1990 à 6% entre 1998 et 2000 (PNUD/MPDR, 2003 ; Burundi, 2006).

En guise de conclusion à cette section consacrée à l'évolution de l'économie du Burundi, force est de constater que les experts du domaine s'accordent pour affirmer que le Burundi est l'un des pays les plus pauvres de la planète et que les conditions de vie se sont fortement détériorées à partir de 1993. Néanmoins, il est important de souligner que les outils de mesure de cette pauvreté ne font pas l'unanimité.

1.4. Burundi : organisation sanitaire

Les statistiques sanitaires montrent que les niveaux de mortalité et de morbidité sont élevés au Burundi. Les principales maladies à l'origine de la morbidité et/ou mortalité sont le paludisme (première cause de mortalité et morbidité au Burundi), les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH /SIDA, la tuberculose, le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales, la goutte ainsi que les violences physiques (sexuelles, accidents de la voie publique, guerre) (Ministère de la santé publique, 2005, pp. 14-16). Les statistiques hospitalières indiquent que les pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement occupent la 3ème place parmi les causes de décès enregistrés dans les hôpitaux pour la population de 15 ans et plus.

Le ministère de la santé publique est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques de santé du gouvernement et les pouvoirs publics ont pour mission de mobiliser des ressources nécessaires afin de permettre l'organisation optimale des soins de santé de la population. Ils sont également censés veiller à une meilleure répartition des ressources.

1.4.1. Fonctionnement du système sanitaire burundais

Administrativement, le système sanitaire burundais est organisé en trois niveaux (Ministère de la Santé Publique, 1995, 2002, 2004) :

- Le niveau central est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification, de l'élaboration des stratégies d'intervention, de la coordination de l'aide apportée au secteur, de la définition des normes de qualité, de la supervision, de l'évaluation de la formation continue et de base. C'est au niveau central que se précisent les stratégies de mise en œuvre, les programmes et les projets nationaux.
- Au niveau intermédiaire se trouvent les provinces sanitaires mises en place en 1998. Elles sont le résultat des programmes d'ajustement structurel initiés au cours des années 1980. Elles sont au nombre de 17 et dans chaque province du pays se trouve un médecin chargé de coordonner les activités médico-sanitaires. Il conseille également le gouverneur de province quant aux actions à mener dans le domaine de la santé.
- Le niveau périphérique est composé de l'ensemble des centres de santé regroupés en districts sanitaires.

L'organisation du réseau de soins est également pyramidale à trois niveaux (Ministère de la santé Publique, 1995, 2004, 2006) :

- Les centres de santé (270 en 1995 et 616 en 2007) constituent le premier contact entre la population et le personnel de la santé. Les activités sont coordonnées par des titulaires de centre de santé, généralement des infirmiers de niveau A2²⁵. Ces centres de santé disposent de quelques lits et dispensent des soins de santé préventifs, curatifs et promotionnels de base. Notons que sur les 616 centres de santé fonctionnels en 2007, seulement 496 pratiquent l'accouchement.
- La première référence correspond aux hôpitaux de district et aux hôpitaux de province. De 1995 à 2006, le nombre d'hôpitaux de premier niveau de référence est passé de 26 à 40. Cependant, ce nombre reste largement insuffisant. Ces hôpitaux dispensent des soins aux patients référés ou non par les centres de santé. Théoriquement, les hôpitaux de district sont censés avoir des médecins spécialistes dans certains domaines en plus des infirmiers et des médecins généralistes. Pratiquement, il est rare de trouver plus d'un médecin généraliste dans certains hôpitaux de l'intérieur du pays (*cf.* section sur l'offre en personnel de santé).

²⁵ Les infirmiers A2 ont fait quatre années de formation après le tronc commun (tronc commun=quatre premières années du secondaire)

- Au sommet de la pyramide se trouvent les hôpitaux de deuxième niveau de référence et des hôpitaux spécialisés. En 2006, le pays comptait cinq hôpitaux de deuxième niveau de référence dont trois en mairie de Bujumbura et quatre hôpitaux spécialisés²⁶. Le personnel de ces hôpitaux est censé détenir des compétences et des moyens d'équipement supérieurs à ceux des hôpitaux de la première référence.

1.4.2. Financement du secteur sanitaire

Le ministère de la santé dispose des moyens financiers très limités. Le financement du secteur sanitaire provient de quatre sources :

- Du budget de l'Etat : L'OMS demande aux Etats membres de consacrer 15% du budget national à la santé de la population. Au Burundi, la part du budget national allouée à ce secteur, déjà insuffisante, a fortement diminué au fil des ans. De 1992 à 2002, le budget alloué à la santé a baissé, passant de 4,2% à 2,5% du budget national (Nininahazwe, 2003, p.17). La plus grande part de ce budget est destinée au paiement des salaires et très peu de ressources sont laissées à l'achat des médicaments, des fournitures et à la maintenance des établissements et des équipements (Ministère de la Santé Publique, 2006).
- Des usagers : le gouvernement n'étant plus à mesure d'assurer les soins de santé de base, des mécanismes de participation financière des usagers ont été progressivement introduits. Le paiement des soins sur place a été introduit en 1999 et la politique de « recouvrement des coûts » mise en place en 2002 (Save the Children, 2003). Créée en 1980, la mutuelle de la Fonction Publique couvre moins de 10% de la population totale. Cette forme d'assurance maladie est réservée aux agents du secteur public. Le ticket modérateur fourni à l'affilié et à ses ayants droits (conjoint et enfants mineurs) est fixé à 20% du montant de la prestation, les 80% restant étant à charge de la mutuelle. Pour le secteur informel, une carte d'assurance maladie a été créée depuis 1984. Elle joue le même rôle que la mutuelle de la Fonction publique. L'adhésion étant volontaire (contrairement à la mutuelle de la fonction publique), très peu de ménages disposent de cette carte. En raison de difficultés de fonctionnement, ce programme de prépaiement des frais de santé a été annulé dans certaines provinces (Ministère de la Santé Publique, 2006, p. xviii).
- Des ONG, des entreprises et collectivités locales qui participent aux frais de santé de leur personnel.
- De l'aide extérieure : il s'agit notamment d'aides en provenance des coopérations bilatérales et multilatérales ainsi que des ONG internationales. Ces fonds sont censés appuyer l'assistance technique, les principaux programmes de santé, la construction et

²⁶ Hôpitaux spécialisés : le Sanatorium de Kibumbu pour la tuberculose, le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge pour la santé mentale, l'hôpital militaire spécialisé en traumatologie et le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge.

l'équipement des infrastructures sanitaires, ainsi que la fourniture des médicaments et autres matériels médicaux. Cette assistance externe avait fortement diminué durant les années de crise²⁷. En 2002, elle représentait 56% du financement extérieur (Ministère de la Santé Publique, 2002, p.7) et en 2006, cette aide représente 70% des dépenses publiques de santé. Cependant, les partenaires du ministère de la santé financent généralement des projets ou des programmes verticaux et par conséquent leur coordination échappe au ministère.

1.4.3. Offre en soins de santé

1.4.3.1. Couverture géographique des formations sanitaires

Selon les rapports du ministère de la santé publique, les centres de santé couvrent la majorité de la population malgré les inégalités régionales observées. En 1995, le Ministère de la Santé Publique estimait que 80% de la population vivait dans un rayon de 5 km autour d'un centre de santé. Cette situation a peu changé si l'on croit les données de l'EPISTAT²⁸ de 2004 et 2007 (tableau 1.3). Plus de 60% des centres de santé relèvent du secteur public. Les structures de santé relevant du secteur privé sont essentiellement des centres de santé. Les centres à but non lucratif appartiennent à diverses confessions religieuses et ce sont ces dernières qui en assurent la gestion. Ces structures offrent des soins en conformité avec la politique nationale de santé (Ministère de la Santé publique, 2006). Le secteur médical privé à but lucratif détient un nombre important de centre de santé primaire et est essentiellement concentré dans des centres urbains, notamment la ville de Bujumbura. Il dispose également de 6 cliniques dans la capitale (Bujumbura).

Le nombre d'hôpitaux est très insuffisant (tableau 1.3). En 2007, le pays comptait 48 hôpitaux fonctionnels (dont 8 appartenant à des confessions religieuses), soit un hôpital pour 190.000 habitants (norme de l'OMS = 1 hôpital/100.000 hab.) (Nimpagaritse, 2009, p.5).

²⁷ Durant les années critiques de la crise (entre 1993 et 1997), le soutien des ONGs internationales venait sous forme d'aide humanitaire. Elles ont également apporté des ressources humaines (personnel soignant), des produits pharmaceutiques ainsi que l'appui technique et logistique.

²⁸ Cellule « Epidémiologie et Statistiques » du Ministère de la Santé Publique

Tableau 1.3 : Répartition des structures sanitaires par provinces en 2004 et en 2007

PROVINCE	CENTRES de SANTE		HOPITAUX	
	en 2004	En 2007	en 2004	en 2007
BUBANZA	17	19	1	1
BUJUMBURA Rural	43	65	2	2
BUJUMBURA Mairie	71	46	14	12
BURURI	51	69	4	4
CANKUZO	18	17	2	2
CIBITOKÉ	40	47	2	2
GITEGA	44	46	5	5
KARUZI	20	19	1	1
KAYANZA	35	34	2	2
KIRUNDO	34	37	2	2
MAKAMBA	39	45	1	1
MURAMVYA	18	17	2	2
MUYINGA	31	37	1	1
MWARO	22	22	2	2
NGOZI	45	51	3	3
RUTANA	34	34	3	2
RUYIGI	25	27	3	4
TOTAL	587	632	50	48

Source : données EPISTAT

Ces estimations sont évoquées avec prudence car des incohérences ont été constatées dans les différents documents qui ont été consultés. Les auteurs sont, quand-même, unanimes sur le fait que l'offre en infrastructures sanitaires est très insuffisante au Burundi. Selon le Ministère de la Santé Publique (2005, p.22), les structures de soins de santé (hôpitaux et C.S. de base) ne disposent généralement pas de moyens techniques suffisants pour assurer un minimum d'activités et de services de base répondant aux qualités et normes du Ministère. Celles-ci sont loin d'être respectées. La plupart des hôpitaux de première et deuxième références sont en dessous des normes d'équipement et sont peu fonctionnels dans le cadre de leur rôle de référence.

1.4.3.2. Offre en personnel de santé

Les rapports entre le nombre de personnels de santé et nombre d'habitants au Burundi « *sont parmi les mauvais du monde* » (Ministère de la Santé publique, 2006, p. 42). Pour une population de 6,839 millions en 2003²⁹, on comptait « 343 médecins (dont 22 gynécologues, 27 chirurgiens, 12 internistes et 13 pédiatres), 2101 infirmiers, 157 techniciens de laboratoire, 99 techniciens d'assainissement, 14 dentistes et 68 pharmaciens (Ministère de la Santé Publique, 2006).

Une inégalité de répartition de ce personnel entre le milieu urbain et le milieu rural est également observée. En 2003, 80% des médecins et 50% des infirmiers prestaient à Bujumbura. Cette mauvaise répartition du personnel de la santé (valable aussi pour les autres secteurs) est la

²⁹ Ce sont les estimations des Nations-Unies. Notons que les résultats du recensement de la population de 2008 estiment la population burundaise à 8.053.574 (Décret n°100/55 du 05 avril 2010 portant Publication des résultats définitifs du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2008.
<http://www.paris21.org/sites/default/files/BURUNDI-population-2008.PDF>)

conséquence des inégalités de niveau de développement socio-économique des régions auxquelles s'ajoutent les effets de la guerre (insécurité).

Deux éléments rendent les effectifs du personnel qualifié encore plus insuffisants dans les structures sanitaires publiques : des responsabilités au niveau central (qui occupent un bon nombre de médecins et infirmiers) et le départ du personnel qualifié vers l'étranger. Les médecins partent de plus en plus à l'étranger où ils espèrent améliorer leurs conditions de vie. Le tableau 1.4 montre l'ampleur du phénomène en 2003. En effet, beaucoup de médecins sont envoyés en formation à l'étranger (Occident notamment) mais une majorité ne revient pas. En 2003, sur les 106 médecins qui étaient encore à l'Etranger, 21 seulement y résidaient encore dans les délais prévus pour leur formation (OMS, 2003).

Tableau 1.4: Nombre de médecins partis à l'étranger entre 1993 et 2002

Total des départs	Nombre	Pourcentage
Partis à l'Etranger	120	
- encore à l'Etranger	106	88,5
- retour après formation	14	11,5

Source : (OMS), 2003, p.9)

Les motifs de départ du personnel du secteur sanitaire public (ou du non-retour après la formation) sont (OMS, 2003, Nimpagaritse, 2009) :

- la crise socio-politique : durant les années de crise, une bonne partie du personnel soignant a été tuée et une autre a été obligée de se réfugier soit à l'étranger, soit dans des centres urbains considérés comme plus sécurisés ;
- des conditions de travail peu motivantes : maigre salaire, pas d'avantages extra-salariaux (logement, déplacement, accès au crédit), manque d'équipement (OMS, 2003). En effet, une grande partie du personnel qualifié quitte le secteur public pour des emplois « mieux » payés dans des ONG ou dans le secteur privé. D'autres quittent le pays pour l'Etranger. En 2003 près de 200 médecins spécialistes (toutes catégories confondues) presteraient à l'Etranger (Rwanda et ailleurs).

Même le personnel qui est resté sur place et qui travaille dans le secteur public est démotivé. Selon une étude sur les motivations du personnel prestant dans les provinces de Bubanza, Cibitoke, Cankuzo, Rutana et Ruyigi, les principales raisons de démotivation de ce personnel sont (Ministère de la Santé Publique, 2002) :

- l'incapacité de subvenir aux besoins primaires des familles à cause des bas salaires
- l'insécurité : le personnel n'est pas motivé pour travailler dans les régions les plus reculées où il ne se sent pas en sécurité. Par ailleurs, certains sont victimes des traumatismes liés aux

violences observées autour d'eux. On ne peut pas faire correctement son travail quand on est habité par une peur permanente de perdre la vie.

- le manque de formation permanente ; quand formation il y a, ce sont des formations ponctuelles organisées pour répondre à des urgences comme des épidémies.
- la mauvaise répartition des ressources humaines, la mauvaise gestion des médicaments et des équipements médicaux
- l'éloignement du centre de santé par rapport aux centres urbains où on peut avoir accès au logement, à l'eau et à l'électricité,

Le personnel de santé revendique un statut spécial qui reconnaîtrait la particularité du métier et augmenterait la part du salaire et de la sécurité sociale.

En 2004, le Ministère de la Santé Publique a procédé à l'identification et au recensement des besoins en ressources humaines dans le secteur de la santé. Le tableau 1.8 (annexe 1) montre un déficit énorme en termes de personnel soignant qualifié. Seuls les centres de santé des provinces sanitaires de Bujumbura-mairie, Gitega et Makamba ont un surplus d'assistants médicaux (reflet des inégalités entre l'urbain et le rural).

Suite à ce manque criant du personnel soignant qualifié et à sa mauvaise répartition (entre le rural et l'urbain), plusieurs hôpitaux de l'intérieur du pays ne disposent que d'un seul médecin généraliste qui est également directeur de l'hôpital. Quant aux centres de santé primaires, il est rare de trouver plus de deux infirmiers quand ils sont situés en dehors des centres urbains. L'un des deux est le titulaire du centre de santé. De même que le médecin-directeur de l'hôpital, le titulaire du centre de santé s'absent souvent pour des réunions administratives ou des formations. Plusieurs centres de santé sont gérés par des professionnels de faible niveau de formation. Ainsi, la majorité de ceux-ci sont gérés par des auxiliaires de santé qui ont reçu deux ans de formation après le premier cycle de l'école secondaire (2 ans après le tronc commun). En réalité, ils sont formés pour être des assistants dans des hôpitaux, mais pas pour poser des diagnostics et prescrire des traitements (Ministère de la santé publique, 2005, p.25 ; Côté, 2005 cité par Ministère de la Santé Publique, 2006, p. 44). Plus de 700 infirmiers auxiliaires sont répartis dans 526 centres de santé contre 284 infirmiers techniciens médicaux (niveau A2) (EPISRAT, 2004). Il est important de signaler qu'une formation spécifique de sage-femme n'existe que depuis 2007³⁰ à l'Institut National de santé publique (INSP). Auparavant, l'enseignement, tel qu'organisé dans les écoles paramédicales faisait que les infirmiers étaient prêts à travailler dans n'importe quel service (maternité, chirurgie, pédiatrie, etc.).

³⁰ Par l'Ordonnance Ministérielle n° 630/ du 30/ 11/07 portant fixation des programmes de formation à l'Institut National de Santé Publique (consulté le 1/12/2010 sur le site de l'INSP www.insp.bi/info.php?article16).

1.4.4. Politique de santé maternelle

Le Burundi a initié plusieurs programmes visant l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Pour atteindre l'OMD5 (amélioration de la santé maternelle), le Burundi s'est engagé à réduire de $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

1.4.4.1. Indicateurs de santé maternelle

Le couple mère-enfant est un groupe vulnérable du fait des niveaux de mortalité maternelle et infantile élevés. Cette situation s'est aggravé par l'expansion du paludisme et de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes en raison du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (Ministère de la Santé Publique, 2003, p. 13). En 2002, le nombre de femmes vivant avec le VIH-SIDA était estimé à 190.000 femmes (Ministère de la santé, 2005, p.13).

Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 14% en 1996 à 20% en 2003 (Ministère de la santé publique, 2003). En 2008, le niveau d'accouchement en structure de soins est estimé à 56% et la fréquence de fistules obstétricales est très importante (Burundi-PNSR, 2009). Selon une étude réalisée en 2004, 56 cas de fistules obstétricales ont été enregistrés³¹, soit environ 4 cas de fistule pour 1.000 naissances (Burundi-PNSR, 2009).

La mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement vient en 3^{ème} position parmi les causes de décès enregistrés dans les structures sanitaires chez les personnes âgées de 15 ans et plus (Burundi-PNSR, 2005). L'hémorragie, l'infection, les complications d'avortement, les syndromes vasculo-rénaux et les dystocies sont les principales causes de décès maternel. La majorité des décès maternels surviennent durant l'accouchement ou dans les 48 heures qui suivent l'accouchement (Burundi-PNSR, 2005). Malgré les incohérences observées dans les statistiques disponibles, le ratio de mortalité maternelle au Burundi est parmi les plus élevés en Afrique et dans le monde.

1.4.4.2. Cadre institutionnel de mise en œuvre des politiques de santé maternelle

La politique de santé maternelle s'est greffée sur la politique de planification familiale au Burundi. Cette dernière est venue répondre à deux problématiques mises en avant par les organismes internationaux et les gouvernements : l'intégration de la variable population dans tout programme de développement et l'émancipation de la femme (Hakizimana, 2002).

Les résultats du premier recensement général de la population et de l'habitat de 1979 ont révélé l'ampleur de l'explosion démographique au Burundi (Hakizimana, 2002). Dès 1982, la croissance démographique très élevée est décrite comme un handicap au développement socio-économique du pays, mais l'opinion burundaise, y compris dans la classe dirigeante, était alors réticente à l'idée de limitation des naissances.

³¹ Le rapport ne fournit des informations sur la population soumise au risque de fistule obstétricale.

En 1983, lors de la XIV^{ème} session du comité central du parti UPRONA (parti unique à l'époque), le gouvernement a officiellement adopté la politique de planification familiale (Hakizimana, 2002, p. 48). C'est dans cet esprit que le gouvernement signa et approuva le projet de « *Développement intégré de santé maternelle et infantile, planification familiale et éducation sanitaire* » (Ministère de la condition féminine, FNUAP-CEA, 1984). Ce projet devait commencer à Muramvya (centre du pays) pour s'étendre ensuite à Ngozi et Kayanza (Nord du pays), puis Bujumbura et Gitega. « *Ses activités concernaient essentiellement la standardisation des activités de surveillance de la grossesse, de l'accouchement, de la consultation de nourrissons et l'intégration effective de la planification familiale dans les activités de la santé maternelle et infantile* » (Hakizimana, 2002, p. 49). Les autorités étaient convaincues qu'une fois la politique expliquée à la population, la pratique de la contraception suivrait automatiquement (Hakizimana, 2002). Or, ce projet n'a pas connu un grand succès dans la mesure où les mentalités, les croyances culturelles ne se modifient pas rapidement, et ce, d'autant plus chez des populations analphabètes.

En 1987, le *Projet santé et population* a pris la relève. L'accent a été mis sur des activités telles que la formation permanente du personnel de santé, la mise en place des superviseurs régionaux de santé maternelle et infantile et de la planification familiale, la sensibilisation des partenaires et la fourniture de méthodes contraceptives dans des centres de santé.

En 1991, le Bureau de Coordination du Programme National de Planification Familiale (CPPF) est créé. Il a pour mission de coordonner, d'orienter et de guider toutes les activités en rapport avec la planification familiale.

L'un des effets de l'adhésion du Burundi à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (1994 au Caire) est la mutation, par le décret n°100/033 du 30 mars 1999, du Bureau de Coordination de la Planification Familiale (CPPF) en Programme National de santé de la Reproduction (PNSR). Aujourd'hui, c'est à travers le PNSR que le pays initie plusieurs programmes visant l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit d'une administration personnalisée placée directement sous l'autorité du Ministre de la santé publique. Le niveau intermédiaire d'application du programme est constitué par les provinces sanitaires. Le PNSR est chargé de coordonner toutes les activités en rapport avec la santé de la reproduction « *spécialement en ce qui concerne la maternité à moindres risques, l'allaitement maternel, la régulation de la fécondité et la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents* » (Ministère de la Santé Publique, 2003, p. 15). La coordination des activités d'information, d'éducation et de sensibilisation de la population pour que celle-ci utilise les services de consultations prénatales, d'accouchement assisté par un personnel qualifié est également l'une des missions principales du PNSR.

Ce bref historique montre que la politique de santé maternelle a connu des débuts balbutiants. Sous l'injonction des bailleurs de fonds, mais sans pour autant être convaincu des objectifs de cette politique, le gouvernement a longtemps mis l'accent sur la planification familiale. Les activités en rapport avec l'Information, l'Education et la Communication tournaient autour de ce

thème. Si la politique de planification familiale n'a pas abouti aux résultats attendus, la surveillance de la grossesse ainsi que la consultation des nourrissons ont été des succès dès les premières années de cette politique. Déjà en 1987, on estimait que 70% de femmes allaient au moins une fois en CPN et 80% venaient pour le suivi des nourrissons (Hakizimana, 2002). En 2010, 99% des femmes ont déclaré avoir eu au moins une CPN et plus de 80% des enfants (0-24 mois) avaient été vaccinés (selon l'EDS de 2010). La couverture contraceptive, quant à elle, est encore très faible (11% selon l'EDS 2010).

1.4.4.3. Gratuité des soins de santé des moins de 5 ans et des accouchements

Comme évoqué précédemment, le paiement des frais de santé par les usagers est la conséquence des Plans d'Ajustement Structurel imposés aux pays en développement par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI) dans les années 1980. De plus, l'Initiative de Bamako adoptée en 1987 visait à garantir un niveau suffisant de financement des services de santé primaire malgré les contestations des sociétés civiles et des communautés scientifiques (Ridde et Morestin, 2009). En conséquence, ces services deviennent inaccessibles pour les populations les plus démunies incapables de payer les frais. Devant cette situation, plusieurs pays ont commencé, dès 1990, à subventionner ou à supprimer le paiement direct pour certains groupes de populations ou pour le traitement de certaines pathologies (Gilson et McIntyre, 2005, Ridde et Morestin, 2009).

La gratuité des soins donnés aux enfants de moins de cinq ans et des accouchements n'est pas une initiative originale pour le Burundi. Elle s'inscrit dans un mouvement existant depuis quelques années dans certains pays d'Afrique. En 2009 puis en 2010, Ridde et ses collègues ont fait l'inventaire des pays qui ont déjà « aboli » le paiement des frais de santé pour certaines catégories de population. Le tableau 1.5 résume les informations sur ces pays, notamment la date de suppression des paiements et les catégories concernées. On constate des similitudes, que ce soit au niveau du contexte d'émergence de cette politique ou au niveau du processus de prise de décision (Ridde et Morestin, 2009 ; Nimpagaritse, 2009). Ainsi, c'est dans un contexte électoral qu'est intervenue la mesure de gratuité des soins en Afrique du Sud, au Madagascar, en Ouganda, en Zambie et au Burundi (Ridde et Morestin, 2009 ; Nimpagaritse, 2009). Dans tous les pays cités, la décision a été prise au plus haut sommet de l'Etat et a été portée à la connaissance du public par une annonce du chef de l'Etat. Aucune étude sur la faisabilité de cette mesure n'a précédé la mesure et les différents acteurs qui sont sur le terrain n'ont pas été associés au processus de prise de décision (Ridde et Morestin, 2009).

Tableau 1.5 : Pays, date et champs d'application de la gratuité

Pays	Modalités d'exemption	Date
Afrique du Sud	Soins pour les enfants de moins de 6 ans et femmes enceintes et allaitantes dans les services de santé gouvernementaux	1994
	Soins primaires pour tous, incluant les soins dentaires primaires	1996
Burkina Faso	Accouchements et césariennes subventionnés à hauteur de 60 ou 80% en fonction des formations sanitaires + prise en charge du transport entre formations sanitaires en cas de référence	2006-2007
Burundi	Soins aux enfants de moins de 5 ans et l'ensemble des services liés à l'accouchement	2006
Ghana	Tous les services liés à l'accouchement dans les formations sanitaires publiques et privées, mais uniquement en cas de référence à des hôpitaux régionaux	2003-2008
Kenya	Soins pour les enfants de moins de 5 ans	1990
	Suspension temporaire des frais de soins pour tout le monde, exception aux services de diagnostics (laboratoires)	1990-1992
	Soins de santé dans les dispensaires et centres de santé à l'exception des frais d'enregistrement	2004
Libéria	Soins de santé de base pour tous	2007
Madagascar	Suppression temporaire des frais de l'ensemble des soins de santé publique	2002-2003
Mali	Césariennes dans les services publics	2005
Népal	Soins de santé essentiels pour toute la population	2008
Ouganda	Soins de santé publics gratuits pour tous, mais paiement pour ceux qui le peuvent dans les hôpitaux publics	2001
Sénégal	Accouchements et césariennes	2005
	Soins aux personnes âgées de 60 ans et plus	2006
Sierra Léone	Soins aux femmes enceintes et aux enfants	2010
Tanzanie	Accouchements dans les structures publiques	2001
Zambie	Gratuité des soins de base dans les zones rurales	2006

Source : Ridde et Morestin, 2009 ; Ridde *et al.*, 2010

Au Burundi, lors des assises des Etats Généraux de la santé en 2004, les acteurs internes du ministère de la santé publique plaidaient pour une amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. En 2005, le Burundi adhéra à l'Initiative des Pays Pauvres très endettés (IPPTE) de la Banque Mondiale et du FMI avec une promesse d'allégement de sa dette extérieure. En contrepartie, le Burundi devait privilégier les secteurs sociaux dans le document stratégique de réduction de la pauvreté (Nimpagaritse, 2009).

Des organisations telles que Médecins sans frontières, Human Rights Watch avait mis en évidence la barrière financière à l'accessibilité aux soins de santé. Human Rights Watch, s'insurgeait contre la détention à l'hôpital des patients incapables de payer les frais de santé. Il s'agissait, pour cette organisation, d'une violation des droits des insolubles. La pression de ces organisations et des médias locaux poussa le Président de la République à ordonner, fin 2005, la mise en liberté de tous les insolubles pris en otage dans des hôpitaux (Nimpagaritse, 2009).

Vers la mi-avril 2006, lors d'une réunion des responsables sanitaires des bureaux sanitaires provinciaux et des hôpitaux avec le ministre de la santé, celui-ci donne des instructions sur l'application immédiate de la mesure de la gratuité des soins, une mesure non préparée et sans consignes claires sur la compensation des pertes de revenus consécutives à la gratuité des soins (Nimpagaritse, 2009).

Tandis que certains responsables hésitaient encore à mettre cette mesure en application, celle-ci devint officielle le 1^{er} mai 2006 (à peu près un an après les élections), par une annonce du Président de la République. Le 16 juin 2006, cette mesure est officialisée par le décret n° 100/136 portant sur la subvention aux soins des enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans des structures de soins publiques ou assimilées. Les articles 1, 2 et 3 du décret précisent que les accouchements, y compris les césariennes et les soins aux enfants de moins de 5 ans sont subventionnés à 100%. Les soins administrés aux femmes et aux enfants pris en charge par des employeurs ou par la Mutuelle de la Fonction Publique sont subventionnés au prorata du ticket modérateur pour autant qu'ils soient soignés dans des structures de soins publiques ou assimilées, et que les modalités d'application de la mesure soient respectées³². Notons que les enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité de l'intégralité des soins curatifs tandis que les femmes bénéficient de la gratuité des accouchements, de l'hébergement, des soins et des médicaments essentiels liés à l'accouchement.

En pratique, le nombre d'accouchements en structure de soins a fortement augmenté (de 30% à l'ESD-SR de 2002 à 64% à l'EDS de 2010). Par contre, l'offre en personnel et infrastructures ou autres services est restée la même. Les lenteurs administratives freinent le remboursement des soins dispensés par les structures de santé. En principe, les formations sanitaires envoient des factures au Ministère de la Santé et celui-ci transmet la note au Ministère des Finances, mais les factures s'accumulent au Ministère de la santé : « *Aucun centre hospitalier n'a été remboursé en 2009, et 3 hôpitaux de l'intérieur ont dû fermer* » (De Brier, 2009).

Dans son étude sur les politiques d'exemption de paiement des soins de santé, Olivier de Sardan (2010) a observé que l'exemption des frais de santé a augmenté la fréquentation des formations sanitaires au Mali, au Niger et au Burkina-Faso. Toutefois, l'auteur souligne que les coûts connexes aux soins de santé restent élevés pour les usagers : le transport, l'accompagnement, la nourriture, les actes illicites de certaines personnes comme les paiements indus, les ventes illicites de médicaments, les « cadeaux » plus ou moins obligés, etc.

Une question se pose alors dans le cas du Burundi : la gratuité des accouchements a-t-elle réussi à réduire les inégalités d'accès aux services de santé ? L'incapacité financière était-elle le seul obstacle à la non-utilisation des services de soins ? La présente étude tentera, à travers les différentes analyses, de répondre à ces questions (*cf.* partie 2 du travail).

³² Ordonnance ministérielle n° 630/848 portant sur les modalités d'application du décret n° 100/136 de subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans des structures de soins publiques ou assimilées.

1.4.4.4. Faiblesse de l'offre en soins de santé maternelle

Le Ministère de la Santé Publique au Burundi reconnaît les insuffisances en matière d'offre de soins de santé maternelle. La *Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale* (Burundi-PNSR, 2005) fait un état des lieux de la question. En effet, le paquet minimum d'activités de santé maternelle comprend l'information, l'éducation et la communication (IEC), la consultation prénatale, les soins à l'accouchement, la consultation postnatale et la consultation de planification familiale. Malheureusement, toutes les structures sanitaires (hôpitaux comme centres de santé) n'offrent pas la totalité du paquet minimum dévolu à leur type de structure (voir annexe 1.4).

Dans le domaine de l'IEC en santé maternelle et infantile par exemple, ce sont les relais communautaires et le personnel du centre de santé qui s'en chargent. Cependant, on constate un manque de coordination des activités au niveau communautaire. Au centre de santé, on déplore le manque de matériel d'IEC (posters, dépliants, affiches, boîtes à images, etc.).

Au cours de la grossesse, il est recommandé que chaque femme effectue au moins quatre CPN. La lecture de la fiche de CPN (figure 1.11 annexe1) indique que deux CPNs sont facultatives (la 1^{ère} entre de 18 et 32 semaines et la 3^{ème} entre 32 et 36 semaines) et deux autres sont requises (la 2^{ème} à 32 semaines et la 4^{ème} à 36 semaines). Cette recommandation pourrait expliquer le recours tardif et moins fréquent observé chez la majorité des femmes (*cf.* chapitre 4).

Selon le PNSR (Burundi-PNSR, 2005), en CPN, les actes les plus simples ne sont pas pratiqués (prise de tension artérielle, conseils nutritionnels, information sur la planification familiale) et les examens biologiques de base ne sont pas prescrits (examens d'urine et de sang). Les services pour assurer la prise en charge des complications obstétricales ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux. Très peu d'infirmiers recommandent la consultation postnatale : « Seulement 31% des infirmières interrogées recommandent une 1^{ère} consultation postnatale au cours de la première semaine après l'accouchement, alors que 28,4 % n'évoquent même pas le sujet » (Burundi-PNSR, 2005).

En 2006, seulement 96 prestataires de centres de santé ont bénéficié d'une formation pratique en Soins Obstétricaux de Base (SOUB), soit près de 12% du personnel qui aurait dû en bénéficier alors que 66,1 % des centres de santé disposaient d'une maternité (Burundi-PNSR, 2006).

En collaboration avec différents partenaires, plusieurs projets ont été créés. Ces initiatives pour l'amélioration de la santé de la mère souffrent du manque de cadre institutionnel servant de référence à toutes les initiatives entreprises. Dès le début, il a existé un chevauchement entre les activités du Ministère de la Santé Publique et celles du Ministère en charge de la promotion de la femme. En effet, outre la prise de conscience de l'intégration de la variable population dans les différentes politiques de développement, les années 1980 coïncident avec la prise de conscience

de l'intégration de la dimension genre dans le processus de développement au Burundi. L'année 1983 est celle de la création du Ministère de la Condition Féminine (qui a changé d'appellation plusieurs fois depuis sa création), en réponse à l'une des recommandations de la Décennie des Nations Unies pour la femme : « *la mise sur pied d'organes techniques nationaux chargés de l'intégration effective des femmes dans le développement de leur pays* » (Ministère de la Femme et de la Protection de la Femme, 1988, p.13). Dès sa création, ce Ministère a développé des programmes selon trois axes : un axe Information-Formation-Education, un axe animation et encadrement et un axe visant la promotion économique de la femme. Plusieurs projets articulés autour de ces trois axes ont donc vu le jour, certains d'entre eux portant explicitement sur la santé maternelle et infantile. Ainsi, le projet de « formation des accoucheuses traditionnelles (F.A.T.) » est né dans le cadre de l'axe formation et information des femmes dans le domaine de la santé des mères et des enfants.

Le projet F.A.T. a été créé suite à une étude effectuée conjointement par le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de la Condition Féminine en 1985. L'étude portait sur les pratiques d'accouchement traditionnel au Burundi. Cette étude avait révélé que 78% des femmes accouchaient chez elles avec l'aide des accoucheuses traditionnelles dans des conditions d'hygiène déplorable.

Le but du projet F.A.T. était de : 1) encourager un aspect de la médecine sociale et préventive en perfectionnant le métier des accoucheuses traditionnelles ; 2) éliminer certains dangers dus à l'accouchement tel qu'il était pratiqué à l'époque ; 3) travailler à la promotion féminine en procurant une formation supplémentaire à la femme burundaise.

Le projet relevait du Ministère de la Condition féminine. Il a finalement été cédé au Ministère de la Santé pour la simple raison qu'il s'est heurté au problème du personnel enseignant et au cadre institutionnel. En effet, il fallait des infirmiers parmi le personnel enseignant, et le Ministère de la Condition féminine n'en disposait pas. De plus, les formations se faisaient dans des structures de santé gérées par le Ministère de la Santé publique.

Aujourd'hui, le Ministère de la santé Publique, à travers le PNSR, estime que « *le rôle des accoucheuses traditionnelles devrait être revisité et redéfini de sorte qu'elles aident désormais durant les périodes pré et postnatale ainsi que pour faire des références à temps* » (Burundi-PNSR, 2005). Ce désengagement du gouvernement burundais est fondé sur le manque de résultats significatifs de la formation des AT sur la réduction de la mortalité maternelle (voir encadré 1.2).

Encadré 1.2 : Programmes de formation des accoucheuses traditionnelles

La formation des AT trouve son origine dans le paradigme de protection maternelle et infantile des années 1970. Lors du séminaire interrégional sur le rôle de la sage-femme dans la protection maternelle et infantile organisé en Malaisie en 1970, il a été constaté que les accoucheuses traditionnelles jouent un rôle important dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Une étude visant l'amélioration de la qualité des données disponibles sur cette catégorie d'acteurs a été recommandée par les participants au séminaire (OMS, 1975). Une enquête internationale sur les accoucheuses traditionnelles a été organisée par l'OMS en

1972. L'OMS prépara également un rapport servant de référence lors d'une consultation sur le rôle des accoucheuses traditionnelles organisée à Genève en 1973 (OMS, 1975). A partir des recommandations, un guide a été élaboré. Celui-ci donnait aux pays des lignes directrices leur permettant d'élaborer des stratégies d'utilisation et d'instruction des accoucheuses traditionnelles. Depuis lors, le nombre de pays reconnaissant le rôle des AT ne cessait d'augmenter. Alors qu'ils étaient au nombre de 20 en 1972, au début des années 1990, la plupart des pays en développement ont mis en place des programmes de formation des AT (Médecin du Monde, 2009, p. 7, Bergström et Goodburn, 2001).

Mais à long terme, les résultats sur la mortalité maternelle ne furent pas à la hauteur des attentes de l'OMS et la formation des AT fut progressivement abandonnée (Krüger, 2009 ; Médecins du Monde, 2009, p.7). C'est ainsi qu'il a été décidé, en 1997, de mettre la priorité sur les « accoucheurs qualifiés » (skilled birth attendants (SBA)). « *A skilled birth attendant is an accredited health professional – such as a midwife, doctor or nurse – who has been educated and trained to proficiency in the skills needed to manage normal (uncomplicated) pregnancies, childbirth and the immediate postnatal period, and in the identification, management and referral of complications in women and newborns* » (WHO, Health services coverage statistics, 2012)

Ce nouveau concept exclut les AT. Les ONGs se désengagèrent et les bailleurs de fonds ne financèrent plus les programmes de formations des AT (Krüger, 2009 ; Bergström et Goodburn, 2001) alors que les gouvernements des pays en voies de développement n'étaient pas capables de supporter le coût de cette formation.

Quoique les indicateurs de mortalité maternelle témoignent en défaveur de la formation des AT, les prestations de ces dernières auprès des mères et des nouveaux-nés ne sont pas prêtes à disparaître dans les milieux ruraux, moins instruits et peu servis en termes d'infrastructures de santé et personnel qualifié (Hancart Petitet, 2011). Une formation ad hoc assortie d'une supervision des AT pourrait être une solution alternative, car l'AT jouit d'une notoriété dans sa communauté. Elle assiste les accouchements normaux et elle accompagne la parturiente quand celle-ci décide de se rendre dans une structure de santé. Elle participe à la sensibilisation sur les avantages de l'utilisation du système de soins de santé moderne. Elle est accessible financièrement, géographiquement et culturellement. Toutefois, cette implication des AT présente des limites. La définition de l'AT par l'OMS laisse croire que c'est une réalité universellement partagée. Il s'agit plutôt d'un « *concept artificiel* » (Médecins du Monde, 2009, p. 18) car le rôle et le statut des accoucheuses non qualifiées diffèrent d'une communauté à l'autre. Dans certaines communautés, l'assistance à un accouchement se fait plutôt par nécessité que par vocation tandis que dans d'autres c'est l'activité principale de l'accoucheuse (WHO, 1997). Il y a donc eu, dès le départ, un manque de consensus sur les approches de formation des AT ; notamment sur des points tels que l'évaluation de leurs connaissances et besoins, le recrutement des AT à former, le matériel didactique adapté à un public d'illettrées, la formation des formateurs, le manque de recyclage et de suivi, la prise en compte du contexte culturel, etc. (Krüger, 2009). Alors que l'un des objectifs de la formation des AT est de favoriser leur collaboration avec le système de santé, dans bien des cas cette relation est soit conflictuelle, soit inexistante, soit le personnel de santé tolère les pratiques des AT (Akoto *et al.*, 2001).

En guise de conclusion à cette section consacrée à l'organisation sanitaire, il sied de souligner deux points :

1. La naissance et l'évolution des cadres institutionnels et les politiques de santé maternelle s'inscrivent dans des courants mondiaux. Des concepts sont définis, des politiques sont élaborées au niveau international (ou supranational) et il est conseillé aux pays de les mettre en œuvre (ou de les abandonner) sans étude préalable du contexte socio-culturel et économique local conduisant à un problème d'identification des besoins des destinataires. L'échec de certains programmes peut être expliqué par la faiblesse des moyens humains et financiers et le manque d'appropriation de ces politiques par les prestataires et/ou par les bénéficiaires directs.

2. Les activités du Ministère de la Santé en général et celles du PNSR en particulier sont en grande partie financées par des bailleurs de fonds. La lecture de certains rapports du PNSR³³ montre que ses principaux partenaires dans le volet « Maternité à moindre risque » sont l'OMS, le FNUAP, la Banque Allemande de Développement (KFW), l'UNICEF, le PAM et la Banque Mondiale via le Projet Santé et Population. Le Ministère de la Santé Publique burundais se trouve donc en état de dépendance financière. Le ministère de la Santé (et partant tout le gouvernement) se trouve affaibli, diminué devant les bailleurs de fonds. Affaibli, d'abord, parce qu'il est incapable d'initier des mesures qui lui seraient propres par manque de moyens financiers. Le PNSR dépend directement du Ministre de la Santé Publique, mais presque toutes ses activités sont financées par des bailleurs de fonds extérieurs. De plus, le rôle du Ministère est restreint par le fait que l'Etat étant considéré comme un mauvais gestionnaire, les fonds sont confiés aux projets ou à certaines organisations et le Ministère n'a pas d'emprise réelle sur leur utilisation. Formellement, le ministère est le principal employeur du personnel du PNSR, mais le programme existe grâce aux fonds venant de l'extérieur d'où « l'obéissance » davantage tournée vers le bailleur que vers l'employeur.

La montée en nombre des initiatives privées dans le domaine de la santé est également le signe de cette faiblesse de l'Etat. En effet, pour faire face à la libéralisation du marché, aux crises politiques, les acteurs ont adopté de nouvelles stratégies pour améliorer la santé de la population. Les PAS qui ont été imposés par des institutions internationales aux Etats africains ont poussé ces Etats à mettre de côté le secteur social (éducation, santé) et laisser plus de place au secteur privé qui souffre d'un manque de contrôle et de supervision.

L'objectif de ce chapitre était de présenter le contexte d'étude en décrivant l'évolution socio-politique, économique, démographique et sanitaire du Burundi. Depuis son indépendance, en 1962, le Burundi a connu des violences répétées, la crise la plus longue et la plus meurtrière étant celle de 1993. L'une des conséquences de cette guerre est la création de milliers de sinistrés (refugiés, déplacés de guerre, éparpillés, regroupés). Le pays garde des séquelles de cette guerre. Il connaît une régression désastreuse par rapport à la période d'avant la guerre (selon les rapports de développement humain, le Burundi est passé de 142^{ème} place sur 160 en 1990 à 178^{ème} sur 185 en 2012). Tous les indicateurs (économiques, démographiques et sanitaires) se sont détériorés. En matière de politiques de santé en général et la santé maternelle en particulier, l'offre est insuffisante en termes de compétences, d'équipement et d'infrastructures sanitaires. En plus de cette insuffisance, les soins de santé sont difficilement accessibles à cause de la détérioration des conditions de vie pour la majorité de la population. Dans l'objectif de réduire la mortalité maternelle (pour atteindre l'OMD n°5), le gouvernement burundais a décidé de subventionner les

³³ *Fenille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burundi* de 2005, les rapports d'activités du PNSR de 2005, 2006, 2007 et 2008. En effet, le PNSR ne disposant pas de centre de documentations, ces rapports cités dans ce travail sont ceux obtenus auprès de son Directeur Général et ceux qui sont disponibles en ligne.

soins à l'accouchement et les soins des enfants de moins de cinq ans. Cette mesure de gratuité des soins a été saluée par tous malgré les critiques fondées sur sa mise en application.

Le chapitre suivant est consacré aux fondements théoriques du recours aux soins de santé maternelle. Les approches explicatives ainsi que les hypothèses et le cadre conceptuel de l'étude seront présentés.

CHAPITRE II : FONDEMENTS THEORIQUES

Ce chapitre porte essentiellement sur la revue de littérature. Cette recherche documentaire a été réalisée dans le but de définir les soins obstétricaux et leur rôle dans l'amélioration de la santé maternelle et d'identifier les approches explicatives du recours à ce type de soins de santé par les femmes. Ont été sélectionnées les études qui ont analysé les déterminants du recours aux soins de santé en général et aux soins obstétricaux en particulier. Entre autres critères de sélections de ces études il y a la période, la zone géographique et la langue. Comme nous le verrons dans ce chapitre, ce n'est qu'à la fin des années 1980 que la communauté scientifique a commencé à s'intéresser davantage à la problématique de la mortalité et morbidité maternelles dans les pays en développement. Cette recherche s'est donc focalisée essentiellement sur les études réalisées depuis 1990 jusqu'à aujourd'hui. Cependant, quelques études datant des années 1980 ont été retenues selon leur pertinence par rapport à la thématique. Soulignons que c'est en 1987 que l'« Initiative pour une maternité sans risque » a été lancée à Nairobi au Kenya. Cette revue de littérature est limitée aux études portant sur les pays en développement (pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine). Seules les études publiées en anglais et en français ont été prises en compte.

La recherche documentaire (livres, articles scientifiques et rapports) a été menée dans les bibliothèques de l'Université catholique de Louvain et par voie électronique. Ainsi, des sites web des organisations telles que l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et le Guttmacher Institute ont été visités. Les recherches ont été également menées dans les bases de données électroniques comme PubMed, JSTOR et Sciencedirect.

Encadré 2.1 : Les principaux mots-clés qui ont servis dans la recherche documentaire

« soins obstétricaux », « santé maternelle », « maternal health », « maternal health services », « maternal health care facilities », « soins prénatals », « antenatal care », « prenatal care », « accouchement et soins qualifié », « skilled birth attendant », « soins postnatals », « postnatal care », « utilisation des soins de santé maternelle », « use of maternal health services », « maternal health services accessibility », « antenatal care and maternal health », « soins prénatals et mortalité maternelle », « determinants of utilisation of maternal health services », « factors influencing maternal health care ».

Le présent chapitre sera divisé en trois sections. La première sera consacrée à la définition de la santé maternelle et des soins obstétricaux. Les approches et modèles explicatifs du recours aux soins obstétricaux seront présentés dans la seconde section. Enfin, la troisième section portera sur la présentation des objectifs, des hypothèses et du cadre conceptuel du présent travail.

2.1. Les soins obstétricaux : définition et intérêt

Avant de définir les soins obstétricaux et leur intérêt dans l'amélioration de la santé maternelle, il semble important de définir la santé maternelle, concept ambigu et difficile à opérationnaliser.

2.1.1. Santé maternelle

Selon l'OMS, « la santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme et de sa grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum »³⁴. Elle est une composante de la santé, et c'est à travers la définition de la santé qu'on peut comprendre celle de la santé maternelle. En effet, c'est dans la constitution de l'OMS en 1946³⁵ que la définition de la santé comme « absence de maladie et d'invalidité » a été remplacée par celle « d'état de bien-être complet, physique, mental et social ».

Selon Lacourse (2006), la définition de l'OMS de la santé est révolutionnaire car, dit-elle, « jusqu'à là, la science médicale et les efforts des gouvernements concernant la santé étaient tournés vers la maladie. L'OMS inaugurerait une vision globalisante de la santé et des relations entre la personne et la santé. De plus, cette relation n'était pas normée empiriquement, elle pouvait être utilisée dans les différents contextes culturels et sociopolitique ».

Toutefois, telle que définie, la santé et particulièrement la santé maternelle est un concept difficile à opérationnaliser. La santé n'est pas seulement un état physique. C'est le bien-être complet, c'est « se sentir bien dans son être, c'est un état positif, un sentiment aussi » (Lacourse, 2006). C'est un idéal à atteindre. Concernant la santé maternelle, elle est également l'expression des multiples rôles que joue la femme (épouse, mère, pourvoyeuse de soins) et de son interaction avec le monde social, économique, ainsi que les circonstances culturelles ayant une influence sur sa vie. La maternité touche des aspects très personnels de la vie qui, elle aussi, s'inscrit dans un contexte culturel, religieux, du savoir médical existant, entre autres. Analyser la définition de la santé et de la santé maternelle en particulier, conduit à décrire les différentes dimensions de celle-ci : physique, émotionnelle, sociale, etc. Pour certaines de ces dimensions, l'individu est responsable de sa santé, tandis que pour d'autres la responsabilité est collective. Le « bien-être » serait donc atteint s'il y a un équilibre entre les différentes dimensions de la santé.

Selon Rumelhard (1998), le terme équilibre, dans ce contexte, a un sens technique (balance). Alors que la science analyse le corps humain en le décomposant « en un ensemble de mécanismes agencés comme dans une machine, avant d'être recomposé comme un tout formant un système » (Rumelhard, 1998, p.133), pour la conscience populaire, la santé est bien plus qu'un état, c'est une valeur, un sentiment d'assurance pour la vie. Dans son étude sur les significations sociales de la santé, Pierret (1994) constate que, pour les non-professionnels de la santé, « la santé évoque tout à la fois la maladie et la médecine, le travail, l'éducation, la famille et, derrière ces différentes conceptions de la santé, il est

³⁴ http://www.who.int/topics/maternal_health/fr/

³⁵ Préambule à la Charte de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

possible de lire le sens que les individus donnent à leur conduites et pratiques sociales ». Tiéman (2012), dans son étude sur la représentation de la santé et de la maladie à Bamako (Mali), remarque que la santé est associée au bonheur, à la joie et à la richesse.

La définition de l'OMS ne permet pas de mieux comprendre ce qu'est la santé. En effet *« il n'y a pas de correspondance parfaite entre le diagnostic médical et le vécu de l'individu. Ainsi, la conception que peut se faire le patient de l'absence de la santé comme « absence de malaise » n'est-elle pas nécessairement équivalente à celle du médecin qui la voit comme une « absence de pathologie » »* (Evans et Stoddart, 1996). Dans le même ordre d'idée, Gourbin et Wunsch (2002) écrivent que la santé n'est qu'une composante du bien-être. Or, le bien-être ne signifie pas toujours l'absence de maladie. Les auteurs évoquent deux dimensions de la santé à savoir la santé objective et la santé subjective. Chaque individu évalue sa santé à sa manière. Un individu peut se sentir mal à l'aise sans avoir aucune pathologie médicalement diagnostiquée, un autre peut se déclarer bien portant alors qu'il souffre d'une maladie même grave. Telle est la santé subjective à l'opposé de la santé objective qui, elle, est l'état diagnostiqué par le soignant.

En 1986, la Charte d'Ottawa élargit la définition de la santé de l'OMS. Désormais, *« la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques »* (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986). Cette définition permet de concevoir la santé en fonctions des aspirations et des besoins des individus.

La santé maternelle est donc un concept complexe. Cette étude la définira comme un état conduisant la femme enceinte à mobiliser les ressources pour protéger sa vie et celle de son enfant pendant tout le processus d'enfantement. Parmi les ressources mobilisables figurent les soins obstétricaux. Le but de cette étude est d'identifier les facteurs favorisant le recours à ce type de soins.

2.1.2. Les soins obstétricaux

Selon l'OMS³⁶, *« les soins obstétricaux englobent tous les soins apportés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi que les soins aux nouveau-nés. Ils visent à prévenir les problèmes de santé pendant la grossesse, à détecter des états anormaux, à apporter l'assistance médicale en cas de besoin et à mettre en place des mesures d'urgence si celle-ci fait défaut. »* Les soins obstétricaux sont l'ensemble d'actions qui visent à assurer une bonne santé à la mère et à son enfant et à prévenir de problèmes futurs liés à l'accouchement, notamment du fait des consultations prénatales, des accouchements assistés par un professionnel de santé, des consultations postnatales, de la planification familiale, des soins en cas d'avortement, de la prévention des MST et du VIH/SIDA, ainsi que des soins aux nouveau-nés. Il s'agit d'offrir à chaque femme la possibilité de mener sa grossesse et d'accoucher dans de bonnes conditions sanitaires.

³⁶ <http://www.who.int/topics/midwifery/fr/>

L'OMS définit les soins obstétricaux indispensables à la prise en charge de la mère pendant la grossesse ou l'accouchement et dans le post-partum comme des « soins obstétricaux essentiels ». Cependant, elle distingue les soins obstétricaux essentiels de base dispensés au niveau primaire (centres de santé) et les soins obstétricaux essentiels complets dispensés par le niveau secondaire (hôpital de district).

Encadré 2.2 : Les soins obstétricaux essentiels selon le niveau de soins

Les soins obstétricaux essentiels élémentaires dispensés au niveau du centre de santé sont :

- l'administration d'antibiotiques par voie parentérale,
- l'administration d'ocytociques par voie parentérale
- l'administration des sédatifs par voie parentérale en cas d'éclampsie,
- la délivrance manuelle,
- l'évacuation manuelle des résidus utéro-placentaires

Au niveau de l'hôpital de district (premier niveau de référence), les soins obstétricaux essentiels complets comprennent, en plus des points ci-haut énumérés, les points suivants :

- les interventions chirurgicales,
- l'anesthésie
- la transfusion sanguine

Source : disponible sur le site de l'OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs245/fr/>

Ces services jouent un rôle déterminant dans la protection de la vie de la mère et de l'enfant. Certes, les risques liés à la maternité ne peuvent être totalement prévenus. Ils pourraient cependant être réduits si chaque mère bénéficiait des soins obstétricaux essentiels. Cet objectif s'inscrit dans les objectifs d'Alma-Ata et dans les objectifs du millénaire pour le développement par lesquels les Nations-Unies se sont engagées à réduire la mortalité maternelle de 75% à l'horizon 2015.

A la suite de la définition des soins obstétricaux, il est important de souligner que la présente étude se focalisera sur les soins administrés à la mère pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum sans distinguer les niveaux de recours (primaire ou secondaire).

2.1.3. Les soins obstétricaux et la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle

Le but de cette section n'est pas de relater l'histoire de la professionnalisation des soins de santé maternelle³⁷ mais de montrer que la promotion des soins de santé maternelle dans les pays en voies de développement a été faite dans une logique de réduction de la mortalité maternelle et infantile dont les niveaux sont encore très élevés dans cette partie du monde.

³⁷ Plus de détails lire De Brouwere *et al.*, 1997, De Brouwere et Van Lerberghe, 1998 ; Van Lerberghe et De Brouwere, 2001

Comme déjà évoqué dans la section précédente, la santé et plus particulièrement la santé maternelle étant un concept difficile à opérationnaliser, la morbidité et la mortalité maternelle sont souvent prises comme indicateurs de santé maternelle.

Au niveau international, la prise de conscience de l'importance à accorder à la promotion et à la protection de la santé maternelle dans les pays en développement est très récente. « *Une chose est certaine: avant la fin des années 1980, la mortalité maternelle ne défraye pas la chronique, alors qu'elle est sans doute d'un ordre de grandeur comparable à celui qui a causé une pression politique importante en Suède au XIXe siècle et en Angleterre au début du XXe siècle* » (De Brouwere *et al.*, 1997, Van Lerberghe et De Brouwere, 2001).

Cette prise de conscience tardive est expliquée entre autres par le manque d'informations fiables, par la sous-estimation de la mortalité maternelle due au fait que le calcul du ratio de mortalité³⁸ maternelle est lié à une grossesse et non pas à toutes les grossesses qu'a eu une femme, et par l'absence de groupes de pression tant au niveau politique qu'au niveau des professionnels de santé des pays en développement (De Brouwere *et al.*, 1997, Van Lerberghe et De Brouwere, 2001).

C'est dans les années 1980, avec la publication de données, certes imparfaites, relatives à la morbidité et mortalité maternelles, que la communauté scientifique est interpellée par l'écart considérable existant entre les pays industrialisés et les pays en voies de développement en termes de mortalité maternelle (De Brouwere *et al.*, 1997). C'est de la prise de conscience du peu d'attention accordée aux problématiques de mortalité et morbidité maternelle dans les pays en développement qu'est née l'« Initiative pour une mortalité sans risque » (Nairobi, 1987).

Sous l'égide de la Banque mondiale, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies la Population (UNFPA), des représentants des pays, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales, des experts de la santé et du développement réunis à Nairobi en 1987 lancent l'« Initiative pour une maternité sans risque » dont le but était de réduire de moitié de la mortalité maternelle à l'horizon de l'an 2000 (OMS, 1999). Selon cette convention, les participants s'engagent « *à améliorer la sensibilisation, définir les priorités, stimuler les recherches, mobiliser les ressources, offrir un soutien technique et partager l'information* » (Ransom et Yinger, 2002). Si l'accès aux soins de santé maternelle devenait une priorité des gouvernements, de nombreux décès pourraient être évités (Ransom et Yinger, 2002).

Toujours dans l'objectif de sauver des vies, les promoteurs de l'« Initiative pour une maternité sans risque » mettent alors l'accent sur les consultations prénatales comportant le dépistage des grossesses à risque et la formation des accoucheuses traditionnelles. Le but est d'intégrer les soins de santé maternelle dans les soins de santé primaires accessibles à tous.

Depuis le lancement de l'« Initiative pour une maternité sans risque », de nombreuses conférences internationales ont été organisées au cours desquelles des stratégies de réduction de

³⁸ Exprimées en nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

la mortalité maternelle ont été élaborées et peu à peu, « *the focus has shifted from predicting obstetric complications to managing them appropriately* » (Rizzuto and Rashid, 2002). Il s'agit, à titre d'exemple, de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire (1994) au cours de laquelle les gouvernements se sont engagé à réduire le nombre de décès maternels de moitié d'ici 2000 ; de la Conférence mondiale des femmes à Beijing (1995) où les participants ont renouvelé les engagements pris à la CIPD au Caire ; de la Consultation technique internationale de Colombo, Sri Lanka (1997) ; de la Conférence internationale « Sauver des vies : l'assistance qualifiée à l'accouchement » tenue en Tunisie (2000) dont le but était d'élaborer des plans d'actions nationaux sur les soins qualifiés à l'accouchement en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud et de l'Assemblée générale du millénaire des Nations-Unies à New York (2000) où 189 pays se sont engagés à réduire la mortalité maternelle de 75% d'ici 2015.

En 1994, l'OMS, à travers le programme de « Santé maternelle et mortalité sans risque », a conçu un dossier mère-enfant pour minimiser les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Selon ce document, les soins prénataux, l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et les soins du postpartum, les soins obstétricaux essentiels et la planification familiale sont les quatre piliers d'une maternité sans risque. Mais, souligne Desgrées du Loû (2001), « *le concept de maternité sans risque désigne un idéal qui est l'absence totale du risque de mortalité et de morbidité au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, pour la mère et pour l'enfant* ».

2.1.3.1. Soins prénataux comme outil de prédiction du risque

Selon De Brouwere *et al.* (1997), les consultations prénatales (CPN) ont été développées en Occident au début du 20^{ème} siècle. L'objectif d'une CPN était de (Oakley, 1984 cité par De Brouwere *et al.*, 1997) :

1. *prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;*
2. *détecter et traiter la toxémie ;*
3. *prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;*
4. *diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;*
5. *assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénatals ;*
6. *reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.*

En dépit des critiques à l'égard de l'efficacité des CPN, depuis les années 1950, les programmes de protection maternelle étaient essentiellement basés sur les soins prénataux et la contraception (De Brouwere *et al.*, 1997). Les CPN étaient le moyen d'identification des femmes présentant un risque afin de pouvoir prévenir la mortalité périnatale ou maternelle. Les années 1980 furent une période d'expansion d'une nouvelle approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque (encadré 2.2).

Encadré 2.3 : Approche fondée sur la notion de risque

En 1978 et en 1984, l'OMS a publié respectivement deux ouvrages : « *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque* » (OMS, 1978) et « *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)* » (Beckett *et al.*, 1984). Le dernier est un prolongement théorique du premier (Beckett *et al.*, 1984).

Selon l'OMS, « *la stratégie d'intervention fondée sur la notion de risque permet d'organiser les services de santé en privilégiant les groupes exposés, dans le cas présent les mères et les enfants. Son but est de favoriser ceux qui, dans le cadre de soins de santé améliorés pour tous, ont le plus besoin de ces soins (...) la mission des services de santé est de les identifier le plus rapidement possible et d'intervenir afin de réduire ces risques.* » (OMS, 1978). Le but de cette stratégie est de donner la priorité aux femmes ayant un risque plus élevé d'avoir des problèmes de santé tout en assurant les meilleurs services à toutes les femmes (Beckett *et al.* (1984). Il s'agit d'une mesure de discrimination positive : « *quelque chose pour tous, mais davantage pour ceux qui en ont besoin, à chacun selon ces besoins* » (Beckett *et al.*, 1984). Selon cette approche, les soins de santé maternelle permettent de détecter les groupes les plus à risques et de pouvoir intervenir adéquatement.

Concernant les facteurs de risque, l'OMS les a définis comme étant « *toute caractéristique ou toute circonstance déterminable, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus morbide ou d'exposition spéciale à un tel processus* » (Symposium de l'OMS, 1973 cité par OMS, 1978). Ces facteurs de risque peuvent être biologiques et/ou environnementaux et l'importance de chaque facteur est estimée en fonction de sa relation statistique avec une (des) issue(s) défavorable(s) de la grossesse chez les personnes présentant cette caractéristique comparées à celles qui ne la présentent pas (OMS, 1978).

Dans le domaine de la santé maternelle, les facteurs tels que les grossesses aux très jeunes âges ou âges avancés, les premières grossesses ou celles de rang plus élevé, les antécédents obstétricaux défavorables, les saignements vaginaux, la pré-éclampsie et l'éclampsie, le diabète, l'anémie, les infections virales, les signes d'hypoxie fœtale, etc. sont des facteurs de risque associés à de issues défavorables de la grossesse (OMS, 1978, Beckett *et al.*, 1984).

En vue de faciliter la prise de décision concernant la gravité ou pas d'un facteur de risque chez une gestante, les concepteurs de l'approche du risque ont proposé une méthode de pondération (OMS, 1978). Ainsi, 4 points sont attribués à une gestante âgée de moins de 19 ans ou de plus de 40 ans et celles ayant déjà eu au moins 10 enfants ; 2 points à une gestante âgée de 30-39 ans ; 1 point à une gestante âgée de 20-29 ans et à la primipare. Des points supplémentaires seront attribués selon l'espacement des naissances, la présence des antécédents médicaux ou obstétricaux défavorables ou un niveau d'instruction faible. La référence obligatoire à une sage-femme se fera si une femme a un total de 5 points. A celles qui ont 3 ou 4 points, une sage-femme interviendra dans la mesure du possible.

Cependant, dans les pays en développement, l'approche fondée sur le risque comme stratégie de réduction de la mortalité maternelle a vite présenté ses limites (De Brouwere *et al.*, 1997). Certes cette approche permet d'identifier les femmes présentant un risque pendant la grossesse ou à l'accouchement, mais, les ressources (infrastructures, moyens de transports, personnel compétent, etc.) sont trop limitées pour promouvoir cette approche (De Brouwere *et al.*, 1997). La surveillance prénatale à elle seule ne peut pas avoir d'effet en l'absence de structures équipées et de personnel compétent capable de prendre en charge les cas urgents (Rooney, 1992 ; De Brouwere *et al.*, 1997).

Bien qu'il soit difficile d'établir une relation de causalité entre la consultation prénatale et la mortalité maternelle (car d'autres facteurs confondants entrent en jeu), la consultation prénatale joue un rôle non négligeable dans la prévention des complications obstétricales et des décès maternels (Rooney, 1992 ; OMS, 1994 ; Bergsjø, 2001 ; Carroli *et al.*, 2001 ; Gage, 2007). Elle est également importante dans le suivi d'une grossesse, car les soins prénataux permettent, en principe, de prévoir des risques obstétricaux tels que la position anormale du fœtus, un risque de

rupture prématurée des membranes, un risque de développement d'une hypertension par la femme, etc. (Pruhal *et al.*, 2002). Avec un équipement adéquat, les soins prénataux permettent de détecter des grossesses multiples et des malformations congénitales, ce qui permet d'avertir la femme des risques de complications et de la nécessité d'un accouchement assisté par des professionnels. Cependant, la qualité et la quantité des soins prénataux varient énormément entre pays riches et pays en développement. Selon les recommandations de l'OMS, pour que la consultation prénatale soit efficace, il est important qu'elle soit faite précocement, à des intervalles précis (quatre CPN au moins). Il est recommandé que la première CPN se fasse au cours du premier trimestre de la gestation car elle permet de confirmer non seulement la grossesse mais également son emplacement. Parmi les soins administrés à la femme au cours de sa grossesse nous pouvons citer entre autres le vaccin antitétanique qui est important pour la mère et l'enfant pendant et après l'accouchement ; la vitamine A, le fer et l'acide folique respectivement en cas de carence en vitamine A, en cas d'anémie et en cas de carence en acide folique³⁹. Cependant, la correction de certaines carences est efficace si elle est effectuée en début de grossesse (et même avant la conception pour l'acide folique et au premier trimestre pour le fer). Selon Kolsteren et De Souza (2001), la correction des carences en micronutriments est problématique dans les pays en développement où la plupart des femmes viennent en CPN au deuxième trimestre de gestation.

Les soins prénataux sont également censés apporter un contenu éducatif pour la santé de la mère et de l'enfant (alimentation appropriée par exemple) ainsi que préparer, physiquement et psychologiquement, la gestante à l'accouchement (détection des signes des complications et savoir où trouver les soins) (OMS, 1992 ; Tsu, 1994 cité par Magadi *et al.*, 2000 ; De Brouwere *et al.*, 1997, Gage, 2007). Dans le contexte africain, en général, compte tenu de l'insuffisance des moyens matériels et/ou de la bonne volonté des soignants, lors des CPN « *qui durent souvent moins de cinq minutes, les femmes sont pesées, mesurées, interrogées sur leurs antécédents obstétricaux, sur la présence de facteurs de risque (anémie, dystocie, éclampsie, hémorragie)* » (Dujardin, 2003). L'échographie reste un examen réservé aux plus favorisés.

2.1.3.2. Accouchement dans une formation sanitaire

La plupart des décès des mères surviennent autour de l'accouchement (Ikamari, 2004, p.22). Or, l'accouchement à domicile est encore très fréquent en Afrique sub-saharienne et plus particulièrement au Burundi. Ces accouchements sont le plus souvent assistés par des personnes non qualifiées, incapables de gérer certaines complications (Koblinsky *et al.*, 1999). L'OMS souligne que l'accouchement assisté par un personnel qualifié présente divers avantages : soins de

³⁹ Dans son article sur les micronutriments et l'issue de la grossesse, Kolsteren et De Souza (2001) ont conclu que plusieurs études soutiennent l'idée que la carence en micronutriments affecte négativement la santé de la mère et l'issue de la grossesse. L'anémie ferrique (carence en fer) augmente le risque d'accouchement prématuré ou de faible poids à la naissance. La supplémentation en vitamine A a un effet bénéfique chez les femmes à risque de pré-éclampsie, mais protège également l'enfant d'une mère carencée durant ses premiers mois de vie. Quant à la carence en acide folique, elle est directement liée aux anomalies du tube neural. Cependant, les auteurs proposent une approche nutritionnelle intégrée dans les CPN puisque la correction des carences en micronutriments ne suffit pas.

qualité en respectant les règles d'hygiène (pour éviter à la mère et à l'enfant des risques d'infection par des maladies comme le tétanos, par exemple), reconnaissance et prise en charge des complications afin de pouvoir sauver la vie de la mère et de l'enfant. En cas de complication, le personnel compétent (et bien équipé) est censé intervenir rapidement, réduisant ainsi les risques de décès de la mère et de son enfant (Gage, 2007). « Une comparaison entre 64 pays a prouvé que la réduction des taux de mortalité maternelle était étroitement liée à la proportion d'accouchements en présence de personnel qualifié, plutôt qu'à la richesse relative » (Ransom et Yinger, 2002, p.11).

Encadré 2.4 : Assistance qualifiée à l'accouchement

« L'assistance qualifiée à l'accouchement est un processus à travers lequel une femme enceinte et son nouveau-né reçoivent des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et lors de la période néonatale et du post-partum immédiat » (MacDonald et Starrs, 2003).

Deux conditions sont nécessaires pour parler de l'assistance qualifiée : la présence d'un(e) accoucheur(se) qualifié(e) et un environnement favorable (Graham *et al.*, 2001 ; MacDonald et Starrs, 2003).

Selon la déclaration conjointe de l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et la Banque mondiale (1999), le terme « accoucheur(se) qualifié(e) » désigne exclusivement des gens ayant des compétences obstétricales (par exemple, des médecins, des sages-femmes ou des infirmières) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer ou transférer des complications obstétricales. L'idéal serait que ces accoucheur(ses) qualifié(es) vivent dans la communauté qu'ils desservent et en fassent partie. Ils doivent être capables de prendre en charge un travail et un accouchement normaux, de reconnaître les premiers signes de complication, de pratiquer des interventions essentielles, d'instituer un traitement et de superviser le transfert de la mère et de l'enfant quand doivent être dispensés des soins qui excèdent leur compétence ou ne peuvent être prodigués sur place ».

Selon la même déclaration, « on entend par compétences obstétricales la capacité de prendre en charge les complications et les urgences, y compris le recours à des gestes salvateurs, le cas échéant ».

Quant à l'environnement favorable, il comprend un « cadre de politiques et réglementations favorables ; des fournitures, un équipement et une infrastructure adéquats ainsi qu'un système de communication et de référence/transport efficace » (MacDonald et Starrs, 2003).

Dans un pays à forte prévalence de VIH/SIDA, comme le Burundi (3,8% en 2002, 3% en 2007 et 1,4% en 2010⁴⁰), un accouchement dans une structure de santé peut permettre de réduire au maximum le risque de contamination de la mère à l'enfant au cours du travail ou de l'accouchement.

2.1.3.3. Consultation postnatale

L'OMS recommande qu'une mère reçoive des soins postnataux afin de pouvoir identifier et prendre en charge les éventuels problèmes de la mère et du nouveau-né (OMS, 1992). Les soins postnataux comportent les soins administrés à la mère mais aussi au nouveau-né pour lequel il est préconisé un suivi (vaccins et examens médicaux) au cours de 24 premiers mois de sa vie. Quant aux soins à la mère, ils sont administrés au cours de la période de six semaines suivant un

⁴⁰ Ces données proviennent des enquêtes de surveillance de comportement réalisées en 2002 et en 2007 et de l'EDS de 2010. Comme déjà évoqué dans la note de bas de page n° 19, ces données sont difficilement comparables.

accouchement (Nankwanga, 2004), car, près de deux tiers des décès maternels surviennent au cours de cette période (Sines *et al.*, 2007). Outre le risque de décès, beaucoup de femmes ont des problèmes de santé dans le post-partum : hémorragie post-partum, infection puerpérale, complications urinaires, etc. (OMS, 1998). Or, les soins postnatals sont largement ignorés par les programmes de santé des pays en développement et peu d'études s'intéressent à la période postnatale, contrairement à la période prénatale. Les soins postnatals sont censés prévenir, détecter précocement et traiter des éventuelles complications ainsi que fournir des services et des conseils sur l'allaitement, la planification familiale, la vaccination et la nutrition (OMS, 1998).

Encadré 2.5 : Définition du post-partum (OMS, 1998)

En 1998, l'OMS a publié un guide pratique relatif aux soins de santé dans le post-partum. Selon ce rapport, il n'y a pas de définition officielle du post-partum. Egalement appelé « suite de couches », le post-partum est traditionnellement défini comme étant la période s'étalant sur six semaines après l'accouchement. Après six semaines, le corps de la femme a retrouvé son état non gravide. Les changements physiologiques liés à la grossesse (entre autres l'augmentation du débit cardiaque et du volume sanguin, les œdèmes, les changements de composition de sang) ont disparu. Le rapport reconnaît, néanmoins, que la santé de la mère et de l'enfant méritent un suivi régulier au-delà de cette période.

Contrairement aux soins prénatals, les normes internationales en matière de soins postnatals ne sont pas claires. Aucun protocole basé sur les résultats établissant le calendrier de ces soins n'est établi (Sines *et al.*, 2007). L'OMS recommande que la femme consulte entre 6 et 12 heures après l'accouchement, entre trois et six jours, entre six semaines et six mois après l'accouchement. Il s'agit du modèle 6-6-6-6 de l'OMS (Sines *et al.*, 2007). Etant donné que la majorité des décès maternels et infantiles surviennent après quelques heures et quelques jours après l'accouchement, l'OMS recommande, dans la mesure du possible, que les visites postnatales commencent au cours des 24 heures suivant l'accouchement (Simes *et al.*, 2007).

2.2. Approches explicatives du recours aux soins obstétricaux dans les pays en voie de développement

Les risques liés à la maternité sont liés au mauvais état de santé de la mère et/ou du fœtus /enfant avant, pendant et après l'accouchement ou le décès de l'un et/ou de l'autre (fausse couche, mortinaissance, morbidité et mortalité maternelle, etc.). Ces risques liés à la maternité pourraient être diminués si chaque femme avait une chance de bénéficier d'un suivi médical adéquat pendant cette période. La question se pose alors : pourquoi les femmes ne recourent-elles pas toutes aux soins obstétricaux modernes ? Une étude des facteurs expliquant les motifs de non recours aux soins et le choix de l'un ou l'autre service de santé (traditionnel ou moderne) s'avère d'une grande importance. Réalisés dans la limite des données disponibles, certains travaux mettent l'accent sur des facteurs liés à l'offre de soins de santé pour expliquer le comportement

en matière de choix des soins obstétricaux. Pour d'autres, le choix des femmes est fonction des caractéristiques individuelles et du ménage.

A partir de la littérature consultée, six approches théoriques d'explication du phénomène faisant objet de notre étude ont été identifiées.

2.2.1. Approche institutionnelle

Les efforts fournis en santé publique sont en général le reflet de la conviction qui résulte des théories classiques des déterminants de la santé qui postulent que « *le principal déterminant de la santé serait l'accès à des soins appropriés* » (Evans, 1996, p. 14). Dans la même logique, des facteurs comme la demande et l'offre des soins, la disponibilité des services de santé (quantité, qualité, proximité) et le volume du budget alloué par les pouvoirs publics à la santé sont appréhendés comme des déterminants contextuels de la santé (Makhlouf Obermeyer, 1993). Autrement dit, l'utilisation des services de santé serait expliquée par une offre suffisante de ces services en termes de quantité et qualités des soins. Les partisans de cette thèse sont convaincus que « *l'offre crée sa propre demande* » (Dever, 1984 cité par Beninguisse, 2003).

2.2.1.1. Accessibilité géographique des soins de santé

La couverture médicale est insuffisante dans les pays du Sud. Les distances à parcourir sont longues et les moyens de transport peu développés. Soulignons d'abord un problème de mauvaise répartition des infrastructures sanitaires et du personnel qualifié entre les villes et les campagnes. En fait, les villes africaines restent le symbole de la modernité : présence des administrations, facilité de la circulation de l'information, concentration des entreprises, niveau de vie relativement élevé, etc. C'est pour ces raisons que la plupart des initiatives tant publiques que privées se sont développées au seul profit des villes.

Dans l'ensemble, et très généralement en milieu rural, rares sont les centres de santé dotés d'une ambulance et si cette dernière existe, les moyens de communication sont déficients. Il y a donc lieu de conclure (ce qui n'est pas toujours vrai) que dans de telles conditions, il est difficile de recourir aux structures de santé modernes surtout dans des régions les plus reculées. A titre d'exemple, une association négative entre la distance/temps à parcourir du domicile aux services de soins maternels et leur utilisation a été observée au Bangladesh (Rahman et Smith, 1999) et au Kenya (Magadi *et al.*, 2000).

Pebley *et al.* (1996) ont également trouvé que la distance à parcourir pour attendre un service de santé influence négativement son utilisation. Les patients ne sont donc prêts à parcourir une grande distance que lorsque le problème devient sérieux. Si la distance à parcourir afin de pouvoir atteindre un service de santé exerce un effet sur son utilisation, sa localisation joue également un rôle important. Un service de santé relativement éloigné peut être préféré à celui qui est plus proche, si le premier est situé à proximité d'une route par exemple. Ainsi, au

Guatemala, là où les centres de santé sont implantés dans des lieux où se tiennent les marchés hebdomadaires, les gens s’y rendent d’autant plus volontiers qu’il s’agit d’un « déplacement à buts multiples » (Annis, 1981 cité par Richard, 2001, p.22). L’offre spatiale des soins, autrement dit l’accessibilité des soins de santé est donc un déterminant très important du recours aux soins de santé.

2.2.1.2. Disponibilité des soins

La disponibilité des soins de santé « est définie comme la relation entre, d’une part, le volume et le type des services existants, et, d’autre part, le volume et le type de besoins des patients » (Richard, 2001, p.15). En d’autres termes, la présence physique d’une infrastructure sanitaire ne suffit pas à influencer son utilisation. Il est important qu’elle soit également capable de produire les services nécessaires. Cette capacité se traduit par, outre la structure, un personnel compétent et la production des services répondant aux « attentes⁴¹ » des utilisateurs. Dans leur étude menée dans quatre pays (Ouganda, Afrique du Sud, Bangladesh et Russie), Parkhurst *et al.* (2005, p.131) font remarquer que : “*The comparative analysis shows that even the most recommended intervention to prevent maternal mortality, skilled attendance for delivery, relies heavily on how the system functions in particular the availability and quality of staff to handle emergencies, and strategic placement of attendants, with access to referral network.*” Au Nigéria, « la compétence et la courtoisie des professionnels, l’attention fournie au patient et la continuité de la distribution des médicaments » sont également des critères de définition de la qualité des soins de santé par les utilisateurs (Egunjobi, 1983 cité par Fournier et Haddad, 1995, p.308).

En Afrique, la plupart des établissements sanitaires publics sont détériorés et mal équipés. Le personnel soignant est largement insuffisant. Selon Richard (2001), certains centres de santé au Bénin manquent tellement de personnel soignant que certains sont gérés par des aides-soignants formés sur le tas. Dans le cas du Burundi, le personnel soignant quitte de plus en plus le secteur public, où il s’estime mal payé, pour rejoindre le secteur privé ou partir à l’étranger. Selon le Docteur Hajayandi, « en 2003, on estimait de 150 à 180, les médecins burundais à l’étranger sur un effectif approximatif de 350 médecins »⁴². Certes, cette situation est la conséquence de la crise politique qu’a connue le pays. Mais, sans toutefois connaître les statistiques, force est de constater un départ considérable d’enseignants d’université et de médecins vers les pays voisins, comme le Rwanda, ce qui laisse croire que les raisons économiques jouent un rôle important dans leurs motivations. Toujours dans le même pays, cet espace délaissé par l’Etat est de plus en plus occupé par des initiatives privées. Par manque de contrôle rigoureux de la part des autorités compétentes, des centres de santé accueillent des cas qui dépassent largement leurs capacités telles que les femmes sur le point d’accoucher, alors qu’ils ne disposent pas d’équipement et de personnel spécifiques. Certes une prise en charge médicale de qualité dépend de la disponibilité des soins (présence réelle d’infrastructures, compétence du personnel, présence de matériel et de médicaments

⁴¹ Les mesures sont souvent prises sans concerter ceux qui sont censés en être les bénéficiaires, d’où le problème d’adéquation entre services offerts et attentes des utilisateurs.

⁴² « Les « blues » du médecin burundais » in *Iwacu-Burundi. Les voix du Burundi*, n°12, 21 novembre 2008 article lu le 16/12/2008 sur le site <http://www.iwacu-burundi.org/>

adéquats), mais, elle dépend également de la relation entre les dispensateurs de soins et leurs patients.

Par relation entre le soignant et le soigné, nous entendons le contact, la communication entre le dispensateur des soins et son patient. Malheureusement, faute de données peut-être, plusieurs études sur les déterminants du recours aux soins de santé ne tiennent pas compte de ce facteur qui exerce pourtant une influence non négligeable sur le choix des soins de santé. Selon Swantz (1979), cité par Fournier et Haddad (1995, p. 310), « *la médecine moderne, surtout dans sa référence souvent univoque au modèle biomédical, n'a généralement pas d'approche globale de la personne humaine et ignore les aspects sociaux de la maladie en réduisant celle-ci à ses dimensions physiques*. De très courtes durées de contact entre soignant et soigné, souvent inversement proportionnelles au temps d'attente (déjà très long), frustrant les patients et ne favorisent pas une relation de confiance. Pourtant, « *un patient reçu selon les us et coutumes locales, écouté et réconforté, se sent confiant et à l'aise pour dire sa douleur. Il a plus de chance d'appliquer un traitement et de revenir une autre fois dans la structure de santé* » (Souley, 2003, p. 152). Des cas de manque de respect des patients par les soignants, le favoritisme, le mépris à l'encontre des plus démunis sont effectivement observés dans des structures de santé publiques africaines (Jaffré et de Sardan (sous dir.), 2003; Moussa, 2003). L'étude de Jaffré et Olivier de Sardan effectuée dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) en 2002, le confirme : « *cette « impolitesse » ou « incivilité » profonde couvre de nombreux aspects, depuis les attentes injustifiées ou mal organisées infligées aux malades, jusqu'à la non prise en considération de l'intimité ou de la pudeur des malades. (...). Au-delà de l'indifférence ou du mépris, il y a parfois la violence, celles des mots (insultes, injonctions) ou des gestes. Ce sont les maternités qui, partout, en sont les lieux privilégiés* » (Jaffré et Olivier de Sardan (sous la dir.), 2003, pp. 53-55). Et pourtant, les quelques rares travaux sur la perception des soins obstétricaux montrent le désir des femmes de communiquer avec les soignants sur leur condition et le protocole des traitements, de poser des questions et d'avoir des réponses claires (Kabakian-Khasholian *et al*, 2000).

2.2.1.3. Organisation des services de soins de santé

Selon Rahman et Smith, « *it must be remembered that in agricultural community, attending a health center means both the loss of income and the loss of time from one's land, which affects the whole family* » (Rahman et Smith, 1999, p.896). Dans le contexte des pays pauvres, aller se faire soigner signifie accepter de perdre une journée de travail (quand on a la chance d'être reçu le même jour !) à cause des longues distances à parcourir, des longues files d'attente, du retard et de l'absentéisme du personnel médical. Les horaires des centres de santé et le travail des paysans sont incompatibles. Ceux-ci se lèvent très tôt le matin avant l'ouverture des centres de santé et reviennent des champs tard quand ils sont fermés (Richard, 2001). Dans ce cas, les patientes ne recourent aux soins qu'en cas d'extrême urgence ou décident de recourir à la médecine privée ou traditionnelle qui se montrent plus flexibles au niveau des horaires.

2.2.2. Approche économique

Selon l'approche économique, l'incapacité financière est l'un des déterminants de non-utilisation des soins de santé dans les pays pauvres. Par capacité financière, on entend « *la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient (ou de sa famille, ou de son assurance) à payer (ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage)* » (Richard, 2001, p.20).

En Afrique sub-saharienne, le système public de santé a relativement bien fonctionné jusqu'au milieu des années 80. Les centres médicaux étaient régulièrement approvisionnés en médicaments et en personnel grâce aux subventions du gouvernement, même si elles s'avéraient insuffisantes. A la suite des crises économiques traversées par les pays africains dès le milieu des années 1980, le secteur de la santé a subi des conséquences négatives : détériorations physiques des établissements et des équipements, pénuries graves de médicaments et autres fournitures, départ d'un grand nombre de personnels de santé (médecins notamment) du fait, entre autres, des salaires largement insuffisants, etc. Depuis l'initiative de Bamako (1987), la Banque mondiale et le FMI, à travers les politiques d'ajustement structurel, ont obligé les gouvernements à se retirer de certains secteurs. Le principe de recouvrement des coûts dans un programme de financement des prestations des services de santé par le secteur public dans les pays en développement a été recommandé (Ridde, 2004). Cette politique a eu pour conséquence de rendre les services de soins inaccessibles pour les populations les plus démunies, le système de protection sociale et de couverture médicale étant très peu développé en Afrique. En effet, ce sont les bénéficiaires de l'assurance maladie qui utilisent le plus les services de santé moderne car cette «*couverture médicale peut être assimilée à un revenu additionnel qui procure un accroissement des capacités individuelles et familiales d'utilisation des services de santé modernes*» (Fournier et Haddad, 1995). Ce sont généralement des agents du système public qui bénéficient de cet avantage en Afrique, en général, et au Burundi, en particulier.

Cette détérioration du système de santé publique et cette politique de recouvrement des soins ont fini par décourager l'accès de la population aux institutions de santé publique et à leurs services. De plus, cette détérioration a suscité l'émergence des services de santé privés fonctionnant selon une logique de marché. Cette expansion du système privé a creusé un fossé profond entre riches et pauvres en Afrique. Au moment où les riches recourent aux soins privés, les pauvres se contentent du système public tel qu'il est ou se tournent vers la médecine traditionnelle moins chère.

Au niveau individuel ou familial, les facteurs socio-économiques de l'utilisation des soins de santé maternelle (et infantile) analysés dans la littérature sont, le plus souvent, le niveau de vie du ménage, sa taille et la profession (activité) de la femme.

2.2.2.1. Niveau de vie/source du revenu du ménage

Les études montrent une relation entre le niveau du recours aux soins de santé et le niveau de vie du ménage (Fournier et Haddad, 1995, pp.301-303). Le niveau de vie influence le recours aux soins maternels par la capacité du ménage à subvenir aux besoins de santé de la femme. De ce fait, les femmes qui résident dans des ménages pauvres sont plus exposées au risque de non recours aux soins obstétricaux, car elles vivent dans des milieux défavorisés (y compris en termes d'offre de service de soins de santé) et ne jouissent pas ou peu d'autonomie financière et décisionnelle. Généralement, ce sont des populations pauvres qui sont également moins instruites, sont aussi souvent moins favorables aux services de santé modernes.

Selon Richard (2011), *« l'impossibilité de payer en nature les praticiens de la médecine moderne en limite fortement l'accès (...). Dans les sociétés agricoles caractérisées par des grandes variations saisonnières de revenu, il en va de même de l'impossibilité d'obtenir des prestations à crédit auprès du secteur public (...) les tradipraticiens et parfois les privés montrent davantage de souplesse. De plus les tradipraticiens d'Afrique subsaharienne percevaient encore pour certains d'entre eux, surtout à la campagne, l'essentiel de leur rétribution, parfois symbolique, après la guérison »* (Richard, 2001, p. 20). En d'autres termes, l'obligation de payer les factures de frais de santé en espèces peut constituer un obstacle à l'utilisation des services de santé moderne. Dans les sociétés agricoles, ne pas avoir d'argent sur soi ou sur son compte ne signifie pas nécessairement qu'on est pauvre (surtout si on possède des terres, du bétail, etc.). Un bien peut être donné en contrepartie d'un service rendu. Tout n'est pas évalué en monnaie. Il en va de même pour les accoucheuses traditionnelles : pour elles, les présents, les honneurs (place de choix dans les cérémonies, donner à l'enfant le prénom de son accoucheuse, vanter ses mérites) suffisent parfois à leur témoigner de la gratitude.

A l'incapacité de payer les soins obstétricaux s'ajoutent l'incapacité de payer des frais additionnels (frais de transport, achat de médicaments et de nourriture, etc.) et la préoccupation concernant la garde des enfants de la parturiente durant son absence (en cas d'hospitalisation par exemple). En plus du manque d'autonomie financière des femmes appartenant à des ménages pauvres, s'ajoute leur dépendance vis-à-vis du ménage (Adjamagbo *et al.*, 1999), compte tenu de leurs multiples rôles dans la survie de celui-ci. En effet, des études ont montré que l'utilisation des soins de santé est moins fréquente pendant les périodes de moissons et de plantations (Fournier et Haddad, 1995). Or, en Afrique les travaux champêtres sont une affaire réservée quasiment aux femmes, la survie de la famille dépendant de sa productivité (Adjamagbo *et al.*, 1999, p.123). Les ménages d'un niveau de vie élevé ou moyen accèdent facilement à une main-d'œuvre salariée, tandis que les plus démunis comptent sur la force des membres de la famille. Il y a lieu de comprendre que, dans de pareilles conditions, il est difficile aux femmes pauvres de s'éloigner de la cellule familiale afin de pouvoir bénéficier de soins chaque fois qu'elles en ont besoin, même lorsqu'un risque est perçu. Comme déjà évoqué, les structures sanitaires modernes ont des horaires de travail incompatibles avec les travaux des champs, d'où une probabilité élevée de recourir (ou non) aux

accoucheuses traditionnelles, plus accessibles tant en termes financiers qu'en termes d'emploi de temps.

2.2.2.2. *Taille du ménage*

Lindelöw (2004) a montré qu'au Mozambique, la vaccination des enfants est plus élevée dans des familles de petite taille. Selon l'auteur, le recours aux CPN a également une relation négative avec la taille de la famille. Or, il est rare de voir un ménage africain abritant les seuls membres de la famille restreinte. Cette dernière, qui s'avère généralement d'une taille importante du fait d'une fécondité encore élevée, se voit obligée d'accueillir des membres de la famille éloignée et cela pour plusieurs raisons (confiage d'enfants, d'orphelins, d'enfants qui veulent habiter près de l'école, etc.). Cet agrandissement de la famille, accentué par la situation de conflit dans le cas du Burundi, peut s'accompagner d'une détérioration des conditions de vie, qui à son tour influence négativement l'utilisation des services de santé.

2.2.2.3. *Activité de la mère*

Le travail renvoie généralement à une activité rémunérée et exercée de manière continue sur une période relativement longue. Néanmoins, cette définition ne convient pas réellement dans le cas qui nous intéresse ici (ni pour nombre de pays d'Afrique sub-saharienne). En effet, le secteur dit informel tient une place importante dans l'économie du pays et les liens entre activité et rémunération ne sont pas toujours faciles à établir. De plus, le travail de la femme est souvent invisible en Afrique, et même s'il y a effectivement travail, celui-ci est très souvent une extension des tâches ménagères (Bisilliat, 1996 ; Charmes, 2005). Pourtant, en termes de nombre d'heures de travail par jour, ce sont les femmes qui ont l'emploi de temps le plus chargé en Afrique. Partant des enquêtes récentes « emploi de temps » de cinq pays africains (Bénin, Madagascar, Maroc et Afrique du Sud, Ghana), Charmes (2005) a calculé le temps de travail des hommes et des femmes sur une journée entière. Selon cet auteur, le temps consacré aux activités économiques comptabilisées est relativement égal entre les hommes et les femmes. Par contre, le temps consacré aux activités domestiques telles que le portage de l'eau, la collecte du bois et autres est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Plusieurs études associent le travail rémunéré de la femme à une meilleure santé de celle-ci et de son enfant. En effet, un travail rémunéré augmente l'autonomie financière de la femme et lui permet de recourir aux services de santé en cas de besoin. Mais cette relation n'a pas été toujours vérifiée (Hilfinger Messias *et al.*, 1997). Dans le cas présent, nous ne nous intéresserons pas aux secteurs professionnels en tant que tels, mais bien plutôt au type de travail qui permet ou non à la femme de recourir aux soins maternels. Les femmes salariées ont des horaires de travail fixes, ce qui pourrait nous amener à croire qu'elles n'ont pas suffisamment de temps pour pouvoir bénéficier des soins. Pourtant, elles ont droit à un congé de maternité⁴³ : il nous paraît donc

⁴³ Le code de travail du Burundi, stipule que chaque femme salariée enceinte, « *sur production d'un certificat médical attestant la date présumée de son accouchement, a un congé de maternité* ». Ce congé est de 12 semaines pouvant aller même

logique que les femmes salariées (dans le public comme dans le privé) se distinguent des autres en matière d'utilisation des services obstétricaux modernes. De même, les femmes qui travaillent pour leur propre compte (les indépendantes) ont des horaires de travail plus flexibles qui pourraient leur permettre de recourir aux soins. Dans une étude faite dans deux hôpitaux de Kampala (Ouganda), Nankwanga (2004) a montré qu'il existe une relation entre le recours aux soins postnataux et le travail de la femme. Les femmes indépendantes recourent plus aux soins que les femmes fonctionnaires de l'Etat ou qui travaillent dans d'autres organisations. Quant aux femmes qui restent dans la sphère domestique, au-delà de raisons financières, les tâches qui leur sont confiées (entretien du ménage et des champs, la garde des enfants, petit commerce pour subvenir aux petits besoins du ménage, etc.) ne leur permettent pas de recourir aux soins en temps voulu.

2.2.3. Approches sociologiques ou d'acceptabilité des soins

« L'acceptabilité fait référence à la capacité à la fois du prestataire des services et du patient, de surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux. (...) Ce contact sera tout particulièrement difficile lorsque ni la langue, ni la nosologie et l'étiologie des maladies ne sont pas partagées » (Penchansky et Thomas, 1981 cité par Richard, 2001, p. 21). Des facteurs culturels et religieux exercent une influence sur le choix des soins obstétricaux. En effet, *« les populations africaines, comme toute population, adhèrent à des croyances traditionnelles rendant compte de la vie et de la mort, elles adoptent des attitudes et des pratiques au cours de leur destin pour survivre, individuellement et collectivement, conjurer et surmonter le mauvais sort et la maladie »* (Diop, 1988). D'après Diop, ces croyances traditionnelles sont fortement liées à la religion, ce qui les rend toujours vivantes bien qu'elles connaissent des mutations suite aux progrès scientifiques et à l'arrivée de nouvelles religions.

2.2.3.1. Le poids de la tradition

Dans le domaine de la procréation, d'une importance primordiale pour les africains, *« la grossesse est une conjugaison harmonieuse du naturel (c'est-à-dire du « proprement physiologique ») et du spirituel, le résultat d'une action copulatoire des géniteurs favorisée par l'action providentielle des forces transcendantes »* (Beninguisse et al., 2004). La grossesse est un phénomène naturel qui ne nécessite pas un recours aux soins de santé. Les Burundais, bien avant l'arrivée des religions révélées, croyaient en un Dieu unique (« Imana ») et étaient fortement convaincus que ce Dieu donne gratuitement la descendance. Jusqu'actuellement, on entend souvent dire *« havyara Imana »* (c'est Dieu qui engendre). Certes, cette assertion témoigne de la foi que l'on a en la providence divine. Mais il y a également lieu de comprendre que c'est une façon de relativiser les actions (« humaines ») à entreprendre pour éviter les risques liés à la maternité.

jusqu'à 14 semaines *« dont six doivent être prises obligatoirement après l'accouchement »* (article 12 du décret-loi n° 1/037 du 07/07/1993 portant révision du code du travail de la République du Burundi)

Toutefois, étant donné que « c'est Dieu qui donne l'enfant », la mère et le fœtus méritent une protection divine contre la méchanceté des hommes et des esprits mauvais. Ainsi, des rites, des interdits, des tabous, des croyances autour de la grossesse et de l'accouchement sont observés, car ils sont liés aux mythes des origines de l'homme et ce rituel varie d'une communauté à une autre. Beninguisse *et al.* (2004, p.248), se référant à la littérature socio-anthropologique, ont constaté que dans certaines sociétés africaines, le premier trimestre de la grossesse est une période de discrétion absolue car les femmes doutent encore de leur état de grossesse. Au moment de l'accouchement, poursuivent les auteurs, la discrétion (éviter les esprits mal intentionnés qui pourraient prendre le sang de la mère et la faire souffrir davantage), l'intimité et la convivialité sont privilégiées. D'où une certaine méfiance envers les maternités modernes dont les pratiques sont en général éloignées de la tradition.

Au Burundi par exemple, des infusions sont recommandées, des sacrifices, des prières et des interdits sont observés car, à l'instar des autres sociétés africaines, la société croit en la puissance de l'esprit maléfique et à la colère de Dieu. Une femme qui a connu plusieurs fausses couches est accusée, par sa belle-famille, d'« *empoisonneuse qui étrangle ses propres fœtus, en ne respectant pas les soins prénatals combien variés* » (Hakizimana, 2002, p.111). A titre d'exemple, une tisane appelée « *umubangiro* » est donnée à une femme enceinte dans le but de remettre le fœtus dans la position normale jusqu'à la naissance (Hakizimana, 2002, p.110). Si l'accouchement a eu lieu en dehors de l'enclos familial, on doit ramasser tout ce qui a été utilisé et le ramener dans la maison du mari où prépare le lit de l'accouchée (Hakizimana, 2002, p.110) car, dans la tradition burundaise, l'enterrement du placenta attache l'individu à sa terre natale. Or, les maternités modernes ne restituent pas les suites de couches.

Pour certaines femmes de Memni Montezo et Sassandra (deux régions de la Côte d'Ivoire), « *l'accouchement à la maternité est inconcevable, car il ne permet pas le respect des coutumes et cérémonies qui entourent la naissance* » (Adjamagbo, 1999, p.127), tandis que la présence du personnel masculin expliquerait la non-utilisation des services obstétricaux modernes par les femmes de Bijago en Guinée-Bissau (Oliveira de Souza et Waltisperger, 1995, p.84). Cette présence masculine est l'une des tares (et non la moindre) des services de maternité modernes pour les sociétés traditionnelles (Beninguisse, 2003) et musulmanes (Kabakian-Khasholian *et al.*, 2000).

2.2.3.2. L'ethnie et le recours aux soins

Gardienne et moyen efficace de transmission des valeurs traditionnelles, l'ethnie de la femme ou de son ménage joue également un rôle non négligeable dans le choix des soins de santé. Certes la grossesse n'est pas une maladie, mais la perception des risques liés à cet état et des actions à entreprendre pour les prévenir ne sont pas universellement partagés. Cependant, la diversité de comportement de santé entre les groupes ethniques peut être révélatrice d'une inégalité d'accès aux soins au sein des différentes communautés. Des études, comme celles de Célik et Hotchkiss (2000) en Turquie, de Richard (2001) et de Bachabi (2000) au Bénin, ont constaté une inégale accessibilité géographique aux soins de santé entre certains groupes ethniques en plus de

réticences d'ordre culturelles. Au Kenya, les femmes kikuyu, comparées aux autres groupes ethniques, utilisent beaucoup les services de santé maternelle grâce à leur proximité de la ville de Nairobi (Ochako *et al.*, 2011). Par contre, la sous-utilisation des soins de santé par les femmes indigènes du Guatemala, expliquent Pebley *et al.* (1996), se justifie par leur faible statut économique. L'appartenance ethnique peut également être un handicap dans la communication ou la compréhension entre patientes et soignants, s'ils n'appartiennent pas au même groupe ethnique. Cette incompréhension peut être due à des barrières linguistiques ou culturelles.

2.2.3.3. *L'instruction et le recours aux soins*

L'instruction permet aux femmes d'acquérir une certaine autonomie ; elles ont alors plus de latitude pour prendre une décision relative à leur santé et à celle de l'enfant. Elles recherchent une meilleure qualité de soins. De nombreux travaux montrent qu'il existe un lien positif entre le niveau d'instruction de la femme et le recours aux services de santé (Pebley *et al.*, 1996 ; Navaneetham and Dharmalingam, 2002 ; Chakraborty *et al.*, 2003 ; Gage and Calixte, 2006). En effet, l'école est un agent incontournable de socialisation aux valeurs modernes. A travers l'école, l'individu entre en contact avec des valeurs et des croyances nouvelles. Ce sont donc ces savoirs nouveaux qui amènent l'individu à ajuster son comportement de santé aux exigences de la modernité : *« le modèle des croyances relatives à la santé stipule qu'un individu peut poser des gestes pour prévenir une maladie [...], s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère cette dernière comme une dimension importante [...]. Il juge également efficaces les interventions recommandées pour la prévenir, après avoir comparé leurs avantages et leurs désavantages »* (Fischer (sous la dir), 2002, p.378). L'instruction amène donc à une meilleure compréhension des messages de prévention et un meilleur contact avec le personnel de santé (langage partagé).

En plus du rôle important que joue l'école dans le processus de changement de comportement, l'instruction augmente également le niveau de vie du fait de la possibilité d'accéder à des emplois mieux rémunérés, ce qui augmente la capacité financière à payer les soins de santé.

Dans son article portant sur l'impact du niveau d'instruction de la mère dans le déclin de la mortalité au Nigéria, Caldwell (1979) a abondamment discuté du rôle de l'instruction de la mère sur la santé et la mortalité des enfants. Selon l'auteur, en plus de l'ouverture à la modernité et le changement de mode de vie (qui sont les raisons les plus évoquées de la littérature selon l'auteur), le niveau d'instruction de la femme augmente son pouvoir de négociation avec son conjoint (renforcement du lien conjugal) et de s'affranchir de l'emprise des anciens. Cependant, l'impact de l'instruction de la mère sur la santé serait plus important quand la femme est plus instruite que son mari (Caldwell, 1979).

2.2.4. Approche démographique et sanitaire

Les études démographiques mettent l'accent sur les caractéristiques démographiques de l'individu (âge, gestité, désirabilité de l'enfant, etc.) ou du ménage (taille du ménage par exemple) pour expliquer le comportement des femmes en matière de recours aux soins obstétricaux.

2.2.4.1. Âge de la mère à la conception

En matière de santé, l'âge exerce une influence sur le recours aux soins. Dans le domaine de la santé maternelle, les femmes très jeunes utiliseraient moins les services de santé maternelle car elles peuvent ignorer, faute d'expérience, les symptômes de la grossesse (ce qui retarde leur première CPN) (Gage, 1998, p.22). De leur côté, les mères plus âgées, compte tenu de leur maturité psychologique et de l'expérience de leurs amies déjà mères, sont susceptibles d'être conscientes des risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Dans son étude au Guatemala, Pebley *et al.* (1996), ont observé que le recours à la CPN est plus faible chez les mères de moins de 25 ans. Chakraborty *et al.* (2002) ont également montré que, pour certains types de complications, ce sont les femmes les plus âgées qui vont en consultation postnatale au Bangladesh. Néanmoins, cette relation entre l'âge et le recours aux soins n'est pas toujours vérifiée (Chakraborty *et al.*, 2002). Cette situation peut être expliquée par le fait que les mères plus âgées, ayant pour la plupart une parité élevée, comptent sur leur expérience du passé. Comparées aux plus jeunes, les mères âgées sont aussi généralement moins instruites, donc moins ouvertes à la modernité (effet de génération). L'effet de l'âge de la mère peut être différent selon le type de soins. Au Kenya par exemple, Magadi *et al.* (2000) ont observé une relation positive entre l'âge de la mère et le nombre de CPN tandis dans leur étude sur l'utilisation des services des soins de santé maternelle par les jeunes femmes (15-24 ans), Ochako *et al.* (2011) ont constaté que ce sont les femmes âgées de 15-19 ans (« *teenagers* ») qui préfèrent être assistées par les professionnels de santé comparées à celles âgées de 20-24 ans. Selon ces auteurs, ce résultat est contraire à celui de Magadi et ses collègues (1999) qui ont constaté que les adolescentes préfèrent accoucher à domicile. Ils expliquent cette différence par les groupes d'âge retenus dans les deux études.

2.2.4.2. Rang de la grossesse ou parité

Généralement les primipares recourent beaucoup plus aux formations sanitaires que les multipares (Baya, 1999 ; Celik et Hotchkiss, 2000). Il est probable que les premières soient plus inquiètes alors que les multipares seraient confiantes grâce à l'expérience accumulée dans le passé. Stephenson et Ong Tsui (2002) ont fait le même constat en Uttar Pradesh en Inde, Pebley *et al.* (1996) au Guatemala, Baya (1999) à Bobo Dioulasso (Burkina Faso) et Ochako *et al.* (2011) au Kenya: l'utilisation des soins prénataux et des soins à l'accouchement diminue avec la parité. En effet, les femmes perçoivent des risques associés à la première grossesse et ont tendance à recourir plus aux services de soins de santé maternelle (Chakraborty *et al.*, 2002, p.497). Quant

aux multipares, elles auraient des problèmes de garde des enfants et ne pourraient pas se rendre dans les formations de soins de santé.

2.2.4.3. Désir de la grossesse

Une grossesse désirée est celle dont la conception a été planifiée (ONU cité par Gage, 1998). On comprend donc qu'une grossesse non désirée est une grossesse qui survient au moment où la femme ou le couple ne souhaitait pas avoir un enfant. Elle peut être désirée mais se produire plus tôt que prévu (*mistimed pregnancy*) ou pas du tout désirée ; c'est-à-dire que la femme (couple) ne désirait plus avoir un autre enfant (*unwanted pregnancy*).

Une grossesse non désirée peut exercer une influence négative sur l'utilisation des soins obstétricaux. Elle pourrait avoir moins de chance d'être suivie médicalement dans le sens où la mère aura tendance à cacher sa grossesse parce qu'elle a honte, soit de ses naissances très rapprochées (dans le cas d'une grossesse survenue plus tôt que prévu), soit de rencontrer, à la formation sanitaire, des mères qui auraient l'âge de ses filles (dans le cas d'une femme âgée ne voulant plus d'enfant). Dans son étude sur le Kenya et la Namibie, Gage montre que: « *unwanted pregnancy has been found to be more important than any other demographic characteristics in predicting failure to receive adequate care* » (Gage, 1998, p.22). Ce résultat a été confirmé par Magadi *et al.* (2000) au Kenya, par McCaw *et al.* (1995, p.1007) en Jamaïque et par Beninguisse (2003) au Cameroun. Alors que cette variable n'exerce pas d'influence significative chez les camerounaises en 1991, Beninguisse observe un grand écart en termes de suivi médical entre grossesses voulues (« *opportunes* ») et celles non voulues (« *inoportunes* ») en 1998. Une grossesse désirée bénéficie d'un accouchement assisté par un professionnel de la santé, 2 fois plus souvent en milieu urbain et 5 fois plus souvent en milieu rural qu'une grossesse non-désirée⁴⁴. Dans leur étude au Kenya, Magadi *et al.* (2000) ont constaté, par rapport aux grossesses voulues au moment de la conception, que les *mistimed pregnancies* font l'objet de CPN tardives et peu nombreuses. L'écart se creuse davantage quand il s'agit d'une *unwanted pregnancy*.

Toutefois, la qualité des informations relatives à la désirabilité de la grossesse reste incertaine car il est encore difficile, dans un contexte africain, d'oser avouer ne pas vouloir une naissance (surtout, quand l'enfant concerné est vivant).

2.2.4.4. Etat matrimonial de la mère

Baya (1999) citant Kaufman, précise que dans la plupart des sociétés africaines, le mariage reste universel et précoce. Dans cette situation, la procréation reste un domaine généralement réservé aux femmes mariées, et les enfants nés hors mariage sont difficilement acceptés par la société. Selon le même auteur, les mères célibataires auront toujours tendance à cacher leur grossesse, quel que soit leur niveau d'instruction. Par conséquent, elles n'auront pas recours à des soins de

⁴⁴ L'auteur attribue la différence entre la situation de 1991 et celle de 1998 par la déclaration des grossesses non désirées qui deviendrait meilleure surtout en milieu rural

santé prénataux voire à un accouchement dans une formation sanitaire par peur d'être vues et par crainte du manque d'intimité et de confidentialité de la part du personnel soignant (Gage, 1998, p.33). Pour les jeunes encore à l'école, la crainte d'être expulsées de l'école les conduit à cacher leur grossesse. Au Kenya, ce sont les femmes en union, comparées à celles ne vivant pas en union, qui effectuent un plus grand nombre de CPN (Magadi *et al.*, 2000) et leur première CPN intervient plus fréquemment au cours du premier trimestre de gestation (Ochako *et al.*, 2011). Dans une étude faite dans six pays d'Afrique sub-saharienne (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Malawi et Tanzanie), Stephenson *et al.* (2006) ont constaté que les femmes célibataires et les femmes séparées accouchent moins fréquemment dans des établissements de soins modernes comparées aux femmes mariées.

Outre la raison culturelle, nous pouvons citer le facteur économique. En effet, nous supposons que les femmes vivant seules (célibataires, veuves et les divorcées) connaissent plus souvent des difficultés financières, ce qui rend plus difficile leur accès à des soins de qualité.

La décision de la femme africaine de recourir aux services de santé dépend également de son entourage. Chez une femme mariée, son mari et sa famille participent au financement (principe de solidarité) et à la décision du recours aux soins de santé modernes.

2.2.4.5. *Milieu de résidence*

Dans la plupart des études faites dans les pays en développement, on distingue deux types de milieux de résidence : le milieu urbain qui concentre les infrastructures socio-économiques et sanitaires, ainsi qu'une proportion importante de la population instruite, et le milieu rural à prédominance d'illettrés et peu pourvu ou dépourvu d'infrastructures.

Outre ces inégalités d'équipement en infrastructures sanitaires, les inégalités de comportement de santé sont également expliquées par un effet d'entraînement. En effet, une femme urbaine, sera, indépendamment de son niveau d'instruction, influencée par le comportement des femmes de son entourage, par la proximité des structures de santé et par la circulation de l'information. La femme rurale, par contre, est, d'une part, perpétuellement soumise aux décisions du mari et de sa famille qui sont souvent favorables aux interventions traditionnelles moins coûteuses et, d'autre part, confrontée au problème d'inaccessibilité des formations sanitaires (longues distances à parcourir, insuffisance de moyens de transport, routes en mauvais état, ...).

La particularité du Burundi est liée au fait que les données de l'ESD-SR de 2002 permettent de tenir compte de l'une des conséquences de la guerre, c'est-à-dire le déplacement massif d'une partie de la population tant vers l'extérieur que vers l'intérieur du pays. Ce déplacement a eu comme conséquence la création de nombreux sites de déplacés de guerre à l'intérieur du pays (chapitre 1). En plus de la pauvreté tant au niveau financier qu'au niveau des infrastructures que les déplacés de guerre connaissaient avant leur déplacement, cette migration forcée leur a fait connaître des conditions instables et médiocres à tous les points de vue, les femmes et les enfants étant les plus vulnérables. De nombreuses femmes déplacées de guerre (ou réfugiées) souffrent

de sérieux problèmes de santé liés à la maternité : ont été décrits, entre autres, des complications de grossesse, la survenue de fausses couches ou encore des accouchements le long des routes quand elles étaient en train de fuir (L. Creel, 2002, p.2).

Cependant, les résultats d'une étude sur le sujet en 2007 ont révélé qu'au Burundi, l'utilisation des soins obstétricaux modernes est plus élevée chez les femmes déplacées de guerre comparées aux femmes rurales après contrôle des variables telles que l'âge, le rang de grossesse, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage (Nkurunziza, 2007). Dans leur étude sur l'impact des programmes d'assistance aux réfugiés sur la population locale de Guéchédou (en Guinée), Van Damme et De Brouwere (1998) ont montré que le recours aux soins obstétricaux est plus élevé là où il y a un grand nombre de réfugiés. Concrètement, *« le régime appliqué aux personnes déplacées est en fait constitué par un ensemble d'instruments relevant du Droit international humanitaire (DIH), du Droit international des droits de l'Homme (DIDH), du Droit interne et des principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur pays formulés par le Haut Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'Homme »* (Laliberté, 2007, p.3). Ceci explique donc l'existence de plusieurs organisations tant gouvernementales que non gouvernementales qui interviennent auprès de cette catégorie de population en détresse. L'intervention humanitaire auprès des personnes déplacées ou réfugiées varie en fonction des phases traversées par les bénéficiaires pendant la crise (Creel, 2002 et Laliberté, 2007). Au début de l'installation, les humanitaires privilégient les soins d'urgence, un service minimum. Durant la stabilisation de la crise, les services de santé maternelle et infantile s'élargissent. Il est alors recommandé que des dispensaires soient créés dans des camps de déplacés (*idem*). La différence de comportement entre les femmes déplacées de guerre et les femmes rurales peut donc être expliquée par l'existence de ces programmes humanitaires.

2.2.4.6. Complications antérieures

Par complications, nous entendons des naissances avant terme, césariennes, mort-nés, etc. Dans leur étude sur l'Inde, Stephenson et Ong Tsui (2002, p.316) ont montré que l'expérience d'un décès d'enfant influence positivement le recours aux soins prénataux et à l'accouchement assisté pour les grossesses ultérieures. Une femme qui a connu une expérience de décès d'enfants pourrait recourir plus rapidement aux institutions de santé, dans l'espoir de donner plus de chance de réussite à la grossesse actuelle. Selon Beninguisse (2003, p.90), *« cette surveillance ne répond pas véritablement à une logique préventive, mais correspond vraisemblablement à une peur de récurrence des antécédents ou [à une] réponse thérapeutique ponctuelle »*.

2.2.5. Approche du comportement rationnel

L'approche fondée sur la rationalité soutient l'idée que les comportements en matière de santé dépendent de la manière dont les individus définissent eux-mêmes ce qu'ils font, ce qu'ils pensent de leurs actions et ce qui les amène à changer d'avis et donc à changer leur manière d'agir. En

d'autres termes, le comportement de santé dépend des croyances et de la valeur accordée à la santé. C'est dans cette approche que s'inscrivent les modèles de comportement de santé.

Elaboré dans les années 1950, le *Health Belief Model* (HBM) a été développé dans le but de comprendre pourquoi les individus acceptent ou non de se soumettre au dépistage précoce des maladies. Il vise aussi à prévoir si l'individu entreprendra une action de prévention et à l'expliquer (Zani, 2002). Le HBM essaie d'expliquer le comportement de santé d'un individu par ses attitudes et croyances liées à la santé et à la maladie (Godin, 2002). Il repose sur l'hypothèse que tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il attache de l'importance à la santé (Godin, 2002).

La probabilité qu'un individu adopte un acte de prévention est expliquée par quatre variables (Zani, 2002 ; Godin, 2002, Abraham and Sheeran, 2005) :

- 1) perception de la susceptibilité : l'individu perçoit sa vulnérabilité, il réalise qu'il peut contracter une maladie.
- 2) perception de la sévérité de la maladie : l'individu réalise les conséquences de la maladie sur sa vie.
- 3) perception des bénéfices ou de l'efficacité de son action de prévention.
- 4) perception de l'efficacité des mesures préventives en comparant les avantages (coûts perçus) et les inconvénients (obstacles perçus) des mesures prises pour réduire la menace.

Les deux premières croyances (susceptibilité et sévérité perçues) sont relatives à la perception de la menace de la maladie (ou problème de santé) par l'individu tandis que les deux dernières sont relatives à l'évaluation de son comportement (Abraham and Sheeran, 2005). En plus de ces principaux facteurs (croyances et perceptions), le HBM inclut trois autres catégories de variables : 1) les caractéristiques socio-démographiques de l'individu (âge, sexe, ethnie), 2) ses caractéristiques socio-psychologiques (la classe sociale, la personnalité, les groupes de référence) et 3) les facteurs « inducteurs de l'action » (Zani, 2002). Les deux premières catégories de variables sont des facteurs « modérateurs » de la perception de la menace de la maladie tandis que la troisième catégorie est composée de stimuli, d'incitations internes (symptômes perçus) ou externes (conseil du médecin, problème de santé d'un proche, campagne publicitaire, etc.).

La *théorie d'action raisonnée* (TRA), quant à elle, insiste plus sur la rationalité qui guide une action individuelle de santé (préventive ou curative). Selon ce modèle, l'individu évalue les conséquences de son action sur sa vie en fonction des informations qui lui sont accessibles (Godin, 2002 ; Conner and Sparks, 2005). L'intention (motivation à faire des efforts) est le déterminant le plus proche de la décision d'adopter ou non un comportement lié à la santé. Cette intention est déterminée par (Conner and Sparks, 2005, Godin, 2002):

- les attitudes⁴⁵ à l'égard du comportement qui sont expliquées par les croyances que l'action de santé est associée à des résultats (conséquences perçues) et la valeur attachée à ces résultats (émotions)
- les normes subjectives c'est-à-dire la pression sociale perçue. Il s'agit de l'importance accordée à l'opinion de ses proches par rapport à son comportement ainsi que la motivation à se conformer à leurs attentes.

Par exemple, une femme aura recours aux services de santé maternelle (CPN, accouchement ou autres) parce qu'elle cherche à protéger sa santé et celle de l'enfant (avantages perçus) et parce que son entourage familial veut qu'elle le fasse. A l'opposé, une femme préférera être assistée par une AT parce que celle-ci est plus respectueuse des pratiques traditionnelles (attache à la culture) mais aussi parce que sa belle-mère l'y a obligée (pression sociale perçue).

La TRA se limite à l'explication des comportements guidés par la volonté alors que certaines situations dans la vie échappent à la volonté et à l'action (Godin, 2002 ; Conner and Sparks, 2005). C'est ainsi que, Ajzen (1988, 2005) ajoute une autre variable : « le contrôle comportemental perçu » pour donner naissance à la théorie du comportement planifié (TCP). Par contrôle comportemental perçu, on entend la capacité de l'individu à adopter un comportement en fonction des atouts et des limites perçus (facilités/difficultés perçues). Il s'agit de la perception du contrôle sur la situation. Tout comme les attitudes et les normes subjectives, la perception du contrôle comportemental peut influencer à la fois l'intention et le comportement.

2.2.6. Approches globales

Les facteurs d'utilisation des services de soins de santé en général et les soins de santé maternelle en particulier sont étudiés sous différents angles. Certaines études se focalisent plus sur les facteurs contextuels, tels que les caractéristiques de l'offre de soins, d'autres mettent l'accent sur les caractéristiques plus individuelles des utilisatrices de ces soins. Cependant, certains auteurs ont analysé la question de recours aux soins de santé maternelle dans une vision plus globale, c'est-à-dire en étudiant, à la fois les caractéristiques de l'offre et de la demande des soins de santé et les possibles interactions entre les deux composantes.

Trois cadres théoriques élaborés dans une perspective globale sont présentés ci-dessous. Il s'agit du modèle de Fournier et Haddad (1995), du modèle écologique de Sword (1999) et du modèle systémique de Dujardin *et al.* (2014).

⁴⁵ Les attitudes sont définies comme étant « *a learned disposition to respond in a consistently favorable or unfavorable manner with respect to a given object* » (Fishbein et Ajzen , 1975 cités par Conner and Sparks, 2005)

2.2.6.1. Modèle de Fournier et Haddad (1995)

Après une revue des facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, les auteurs, dans leur conclusion, montrent que l'utilisation des services de santé est « *la résultante d'une démarche qui conduit une personne ayant un problème de santé à s'adresser à une ressource de santé* ». Ils schématisent le processus de recherche des soins de santé en quatre étapes :

- l'émergence d'un besoin de santé à la suite d'un stimulus physiologique, psychologique ou fonctionnel
- l'émergence d'un besoin de service dans lequel les individus (ou leur entourage) identifient le spectre des actions thérapeutiques potentiellement utilisables pour répondre au besoin de santé
- l'évaluation des alternatives de services
- l'utilisation proprement dite des services

Selon ces auteurs, la succession de ces étapes ne suit pas une logique linéaire ; il existe diverses relations entre les différentes étapes. La séquence décisionnelle est fortement influencée par les résultats antérieurs et des processus ultérieurs sont réalimentés par les résultats de l'utilisation proprement dite. Cependant, les auteurs reconnaissent que chacune de ces étapes répond à des déterminants de différente nature et qu'une étape à elle seule peut conditionner tout le processus.

En se référant au modèle de Fournier et Haddad (1995), Beninguisse (2003) identifie les quatre étapes du processus de recherche des soins liés à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Premièrement, la femme doit évaluer la nécessité de soins particuliers dans le déroulement de sa grossesse ou de son accouchement. Deuxièmement, la gestante ou la parturiente doit avoir la conscience des différents prestataires existants (services médicaux ou obstétricaux modernes ou traditionnels). Troisièmement, la femme ou son entourage doit choisir le ou les prestataires en fonction des avantages et coûts de chacune des alternatives identifiées. Cette évaluation des alternatives est influencée par le problème de santé perçu. Par exemple, une maladie ou une complication peut être l'occasion d'une CPN qui cette fois-ci ne s'inscrit pas dans une logique préventive mais, plutôt dans une logique curative ou réparatrice. Enfin, la dernière étape consiste en un recours à un ou plusieurs prestataires de santé identifiés.

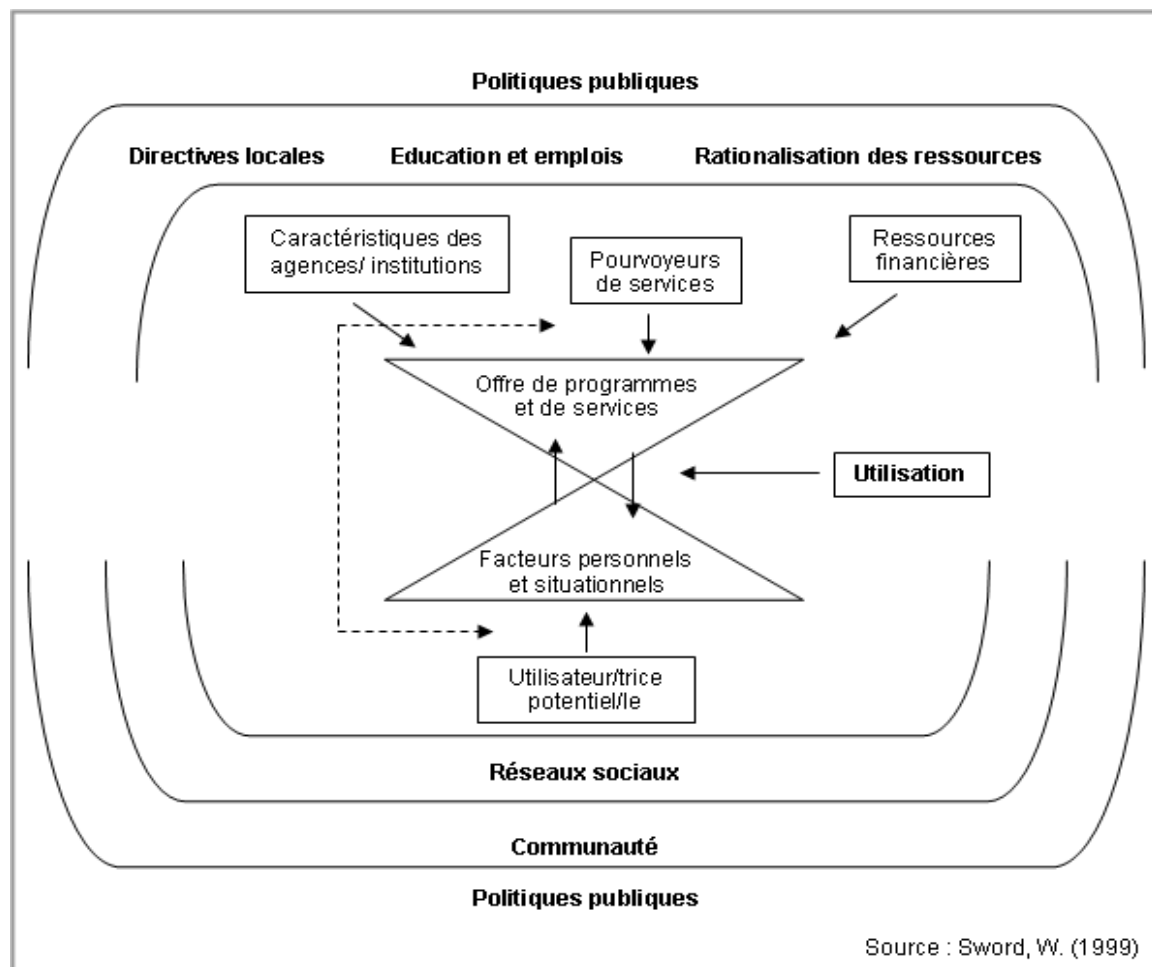
2.2.6.2. Modèle socio-écologique de Sword (1999)

Dans son étude sur la compréhension des obstacles à l'utilisation des soins prénataux par les femmes à faible revenu, Sword (1999) explique que le comportement individuel de santé est le produit de l'interaction dynamique entre deux composantes à savoir les caractéristiques individuelles de l'utilisatrice « potentielle » des services de soins de santé et les caractéristiques du système de santé.

Le réseau social, les caractéristiques de la communauté et les politiques publiques sont susceptibles d'influencer le comportement de l'utilisatrice potentielle des services des soins prénataux. De même, des caractéristiques externes modifient les caractéristiques des services et les programmes de santé. Ces facteurs externes sont, au niveau *micro*, les caractéristiques de la formation sanitaire, la formation, les connaissances et les attitudes des prestataires de soins ainsi que les ressources financières. Au niveau intermédiaire, se trouvent les directives et les priorités locales en matière de dépenses qui déterminent l'allocation des ressources ainsi que la formation et l'expérience professionnelles. Tous ces facteurs résultent de politiques au sens large.

Quant aux caractéristiques individuelles et situationnelles de l'« usagère potentielle », elles peuvent être modifiées par les caractéristiques de son environnement, tel que le réseau social, les caractéristiques de la communauté ou les politiques publiques. « *When factors and processes that impact directly on the individual are such that use of services is possible and encouraged, and health care is appropriate and responsive to needs, a high potential for utilization exists. On the other hand, when either set of circumstance is less than ideal, there is correspondingly less likelihood that use of programmes and services will occur. Thus the area of overlapping circles in the model is variable rather than static* » (Sword, 1999, p. 1174).

Figure 2.1 : Schéma du modèle socio-écologique de Sword (1999) repris et traduit par Roy (2008)



Source : Roy (2008)

Le modèle de Sword met en évidence les relations entre le patient et le professionnel de santé comme déterminant l'utilisation des services de santé. Cette relation réciproque suscite des réponses qui peuvent renforcer ou diminuer l'utilisation des services des soins.

Selon cet auteur, l'utilisation des soins prénataux par les femmes à faible revenu sera influencée par ces différents facteurs. *“As potential health care system users, these women are located within a socio-political environment that shapes their personal and situational characteristics and, ultimately, has a determining role in utilization”*.

Encadré 2.6 : Les modèles écologiques

Les modèles écologiques s'inspirent des modèles écologiques de développement humain développés par Bronfenbrenner dans les années 1970 (1974, 1976, 1977, 1979 cités par Bronfenbrenner, 1994). Selon l'auteur, l'environnement écologique est conçu comme un ensemble de structures interdépendantes et tout changement d'une structure influence toutes les autres. L'auteur propose un cadre conceptuel à cinq niveaux de systèmes (du niveau inférieur au plus élevé) en mettant l'accent sur les interactions entre l'individu et son environnement :

Le *Microsystème* est constitué par l'environnement immédiat de l'individu dans lequel celui-ci participe activement et directement ;

Le *Mésosystème* comprend l'ensemble des liens et processus qui prennent place entre deux ou plusieurs milieux de vie. C'est un système de microsystèmes (Bronfenbrenner, 1994) ;

L'*Exosystème* se compose du contexte dans lequel l'individu n'est pas directement impliqué, mais qui exerce une influence sur son développement d'une manière indirecte ;

Le *Macrosystème* englobe tous les autres systèmes (micro-, méso- et exosystèmes) d'une culture ou sous-culture donnée, avec une référence particulière aux systèmes de croyance, de coutumes, de modes de vie, de ressources matérielles, etc. ;

Enfin, le *Chronosystème* représente les changements ou les persistances de caractéristiques de l'individu dans le temps ainsi que l'environnement dans lequel il vit (changement de structure familiale, du statut socio-économique, de travail, du lieu de résidence, etc.).

Selon Sallis *et al.* (2008), le modèle écologique du comportement de santé repose sur quatre principes fondamentaux :

« 1. There are multiple influences on specific health behaviors, including factors at the intrapersonal, interpersonal, organizational, community, and public policy, levels, 2. Influences on behaviors interact across these different levels, 3. Ecological models should be behavior-specific, identifying the most relevant potential influences at each level and 4. Multi-level interventions should be most effective in changing behaviour »

Plusieurs études portant sur l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays en développement ont été menées dans une perspective écologique en intégrant dans leurs modèles des variables relatives à l'environnement en plus des caractéristiques individuelles. Le nombre de niveaux d'analyse et de variables retenues dans les modèles varient selon la sensibilité de l'auteur et les données disponibles. Quelques exemples :

Stephenson *et al.* (2006), ont construit un modèle à deux niveaux pour étudier l'influence des facteurs contextuels sur l'accouchement en formation sanitaire en Afrique. Au niveau individuel et du ménage, on retrouve des variables telles que l'âge de la répondante, sa parité, son état marital, son niveau d'instruction, sa religion, son exposition aux informations sur la planification familiale, le suivi des soins prénataux à la

dernière grossesse, l'accouchement en formation sanitaire à la naissance précédente, le lieu de résidence et le niveau de vie du ménage.

Au niveau communautaire (*primary sampling unit*, PSU) : le nombre moyen d'enfants par PSU, le niveau d'approbation de la planification familiale par PSU, le niveau d'instruction des femmes par PSU et le niveau d'utilisation des services de santé maternelle par PSU.

Gage (2007) : dans son étude sur l'utilisation des services de santé maternelle en milieu rural malien, Gage utilise un modèle à deux niveaux : le niveau individuel et celui du ménage (le type de ménage, son niveau de vie et le poids de la garde des enfants à domicile, le niveau d'instruction de la mère, son ethnie, sa durée de résidence, les obstacles personnels par rapport aux soins de santé et à la connaissance des risques liés à la grossesse et le rang de naissance).

A l'échelle des régions, elle a intégré les variables relatives à la disponibilité des services (*effective emergency obstetric care*), à l'accès aux services de santé (état des routes, présence de transport en commun, temps ou distance à parcourir pour atteindre les services prénataux ou de maternité les plus proches, présence d'ambulances) et à l'environnement social (% des plus instruits pour tenir compte de la perception des services de santé, ethnie majoritaire pour mesurer la dimension culturelle, le degré de pauvreté et la région).

Jat et al. (2011) : dans leur étude sur les facteurs influençant l'utilisation des services de santé maternelle dans l'Etat de Madhya Pradesh en Inde, ces auteurs ont élaboré un modèle à trois niveaux : les caractéristiques individuelles (âge de la mère à la dernière naissance, son niveau d'instruction, son occupation, sa caste et sa religion, le statut socio-économique, le niveau d'instruction du mari), communautaire (le milieu de résidence) et les caractéristiques contextuelles à l'échelle du district (la composition de la population par tribu et le ratio de centres de santé primaire).

La compréhension des barrières à l'utilisation des soins prénataux passe par la prise en compte des difficultés rencontrées par les femmes vivant dans des conditions précaires d'un côté et les programmes de santé de l'autre. Ces « clientes potentielles » des services de soins de santé doivent relever de multiples défis et peuvent également avoir des attitudes et des croyances qui entravent le recours aux soins prénataux. De la même manière, les prestations des services prénataux sont influencées par plusieurs facteurs notamment les priorités et la philosophie d'action du programme, la disponibilité et la qualité de soins.

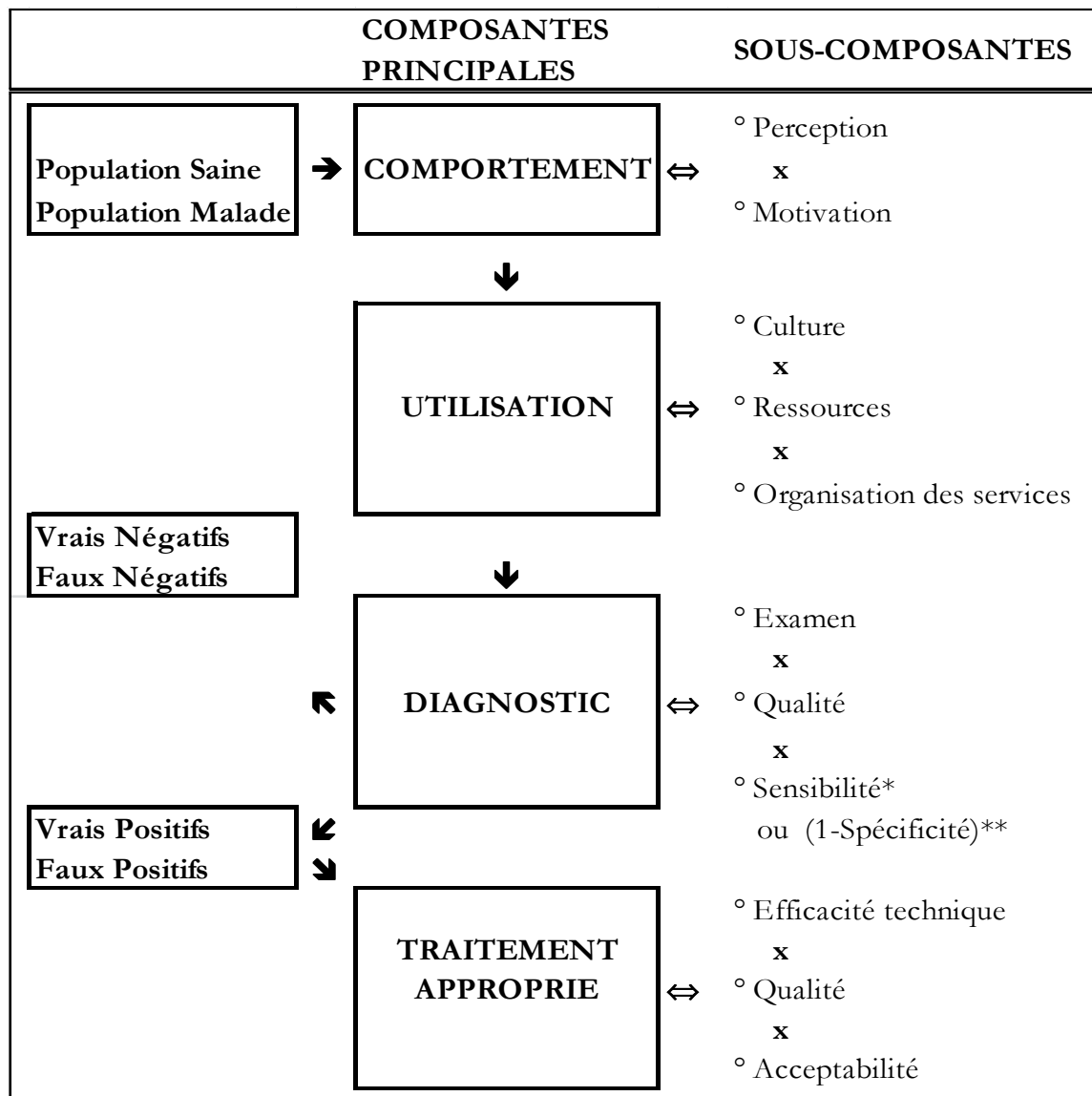
2.2.6.3. Modèle systémique de Dujardin et al. (2014)

Dans une perspective systémique, Dujardin et al. (2014) ont élaboré un modèle opérationnel permettant d'analyser les facteurs influençant la santé maternelle. L'objectif des auteurs est d'identifier les barrières potentielles entre la survenue d'un problème de santé jusqu'à sa prise en charge adéquate. Ainsi, le modèle intègre des facteurs liés à la fois au comportement des femmes et au fonctionnement des services de santé.

Selon les auteurs, quatre conditions (une séquence) doivent être remplies pour qu'une prise en charge d'une femme présentant un problème de santé (facteur de risque ou morbidité avérée) soit adéquate. Ces conditions sont associées à des probabilités. Ainsi, la probabilité **P** que le problème de santé présenté par la patiente soit résolu est le résultat du produit suivant :

P = Comportement x Utilisation x Diagnostic x Intervention appropriée

Figure 2.2 : Modèle de Dujardin *et al.* (2014)



* La sensibilité concerne la population malade

** 1-spécificité concerne la population saine et donne la probabilité de faux positifs

Source : Dujardin *et al.* (2014)

Les auteurs ont décomposé chacune des quatre composantes en sous-composantes pour pouvoir tenir compte des principales caractéristiques de la situation concernée.

1. d'abord, la femme doit chercher une solution à son problème de santé. Il s'agit de la composante « **comportement** ». Celle-ci est décomposée en deux sous-composantes : la **perception** c'est-à-dire la prise de conscience, par la femme, que les signes de danger (morbidité ou facteur de risque) qu'elle présente peuvent nuire à sa santé. Une fois le signe perçu, la femme cherchera une solution à son problème auprès des services de santé si elle croit que ces derniers sont en mesure de résoudre son problème et si elle a la volonté de

payer les frais (si les dépenses sont possibles et justifiées). C'est la sous composante **motivation**. Selon les auteurs, la perception et la motivation de la femme dépendent du contexte socio-économique et géographique mais aussi de l'intensité du problème.

D'où la relation probabiliste **Comportement = Perception x Motivation**.

2. ensuite, elle doit utiliser les services disponibles. C'est la composante **utilisation** qui est décomposée en trois sous-composants (**Utilisation = culture x ressources x organisations des services**). En fait, il est important que l'entourage familial (son conjoint, sa famille) et communautaire (les responsables du village, les voisins) prenne conscience de son problème de santé et soit prêt à lui faciliter le recours aux services de santé dont elle a besoin (sous-composante **culture**). Cette prise de conscience par l'entourage conduit à la mobilisation des ressources (sous-composantes **ressources**) nécessaires à l'utilisation des services de soins de santé officiels (paiement des frais médicaux, du déplacement, etc.). L'admission et l'utilisation des services de santé seront d'autant plus faciles que ceux-ci sont mieux organisés (l'accueil est agréable, pas de longue file d'attente, l'information est claire et disponible, etc.). En cas de référence, le transport doit être fait correctement (transport, communication des informations, etc.). C'est la sous composante **organisations des services**. Dans les zones rurales éloignées du centre de santé, il est important d'inclure la sous-composante transport dans le paramètre utilisation (**Utilisation = culture x ressources x transport x organisations des services**).
3. elle doit être reconnue par les services de soins de santé comme à risque ou malade, ce qui correspond à la composante **diagnostic**. Pour qu'une femme soit reconnue à risque, il faut qu'elle soit examinée par le personnel de santé (sous-composante **examen**). La qualité de cet examen dépend de la compétence clinique du personnel (sa capacité à reconnaître la présence de facteurs de risque, les signes de danger) et du respect des critères prévus (sous-composante **qualité**). Enfin, la reconnaissance de l'urgence obstétricale dépend de la **sensibilité** du facteur de risque ou du test diagnostique. La relation probabiliste est donc **diagnostic = examen x qualité x sensibilité** ;
4. enfin, son problème sera résolu si l'intervention est appropriée. Selon les auteurs, la composante **intervention appropriée** peut être analysée en fonction de la caractéristique du traitement (préventif ou curatif) et du niveau de soins (premier échelon ou hôpital). Dans le cadre des activités préventives (dépistage des grossesses à risque lors de la CPN, la surveillance des accouchements), la composante intervention appropriée signifiera « référence appropriée des patientes à problème », « vaccination », « supplémentation en fer », etc. Dans le cas des activités curatives, la composante « intervention appropriée » signifiera « traitement médical approprié », « référence des urgences obstétricales » ou « intervention chirurgicale ou obstétrique appropriée ». Comme pour les autres composantes déjà citées, les auteurs ont décomposé la composante intervention appropriée en sous-composantes : la **qualité technique** (qualité de référence, du

traitement ou de l'intervention chirurgicale), **l'acceptabilité** de la solution prescrite par la personne concernée et **l'efficacité technique** de la prise en charge (guérison en cas de traitement par des médicaments ou intervention chirurgicale, accouchement réussi malgré la survenue du risque, etc.). D'où la relation probabiliste **Intervention appropriée = qualité technique x acceptabilité x efficacité technique**

A partir de la revue de littérature, de leur expérience personnelle et de leur maîtrise du terrain, les auteurs ont analysé les sous composantes du modèle. La liste des déterminants de chaque sous-composante correspondant aux composantes principales du modèle est présentée dans le tableau 2.1 (annexe 2).

Cependant, les auteurs ont mis en évidence les limites de leur modèle standard. Il permet d'étudier la prise en charge des problèmes et des urgences liées à la grossesse et à l'accouchement à un moment donné et non sur l'ensemble du processus d'enfantement (Béninguisse, 2003 ; Dujardin *et al.*, 2014).

De plus, le modèle tel que présenté ne met pas en évidence les interactions possibles entre les différentes composantes et sous composantes. Selon les auteurs, l'indépendance n'est vraie que pour les sous-composantes efficacité technique, sensibilité, spécificité. Dans d'autres cas, il existe des interactions entre facteurs du modèle (par exemple, le comportement des patientes peut être influencé par la qualité et l'efficacité des services).

En guise de conclusion à cette section, force est de constater que plusieurs approches sont utilisées pour comprendre, expliquer et prédire le comportement de santé de la femme. Selon les théories classiques des déterminants de la santé l'offre de services de santé suffisante (en termes de quantité et en qualité) est le principal facteur d'utilisation de ces services. L'approche institutionnelle est intéressante dans le contexte où l'offre est en adéquation avec les attentes des utilisateurs des services, ce qui n'est pas toujours le cas dans les pays en voie de développement. Des études critiquant ces théories ont montré une relation entre la santé et la position dans l'échelle sociale. Les comportements en matière de santé dépendent également de la manière dont les individus définissent eux-mêmes ce qu'ils font, ce qu'ils pensent de leurs actions et ce qui les amène à changer d'avis et donc à changer leur manière d'agir. Cette manière de penser et d'agir dépend à son tour du contexte culturel et social, physique, émotionnel et psychologique qui façonne les comportements. D'autres chercheurs proposent d'aborder cette question dans une perspective plus globale en mettant en évidence les interactions entre les caractéristiques de l'offre et les caractéristiques plus individuelles ou celles du ménage.

2.3. QUESTIONS, HYPOTHESES ET CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

Les questions de recherche, les hypothèses et le cadre conceptuel de l'étude présentés dans cette section découlent de la revue de littérature discutée auparavant.

2.3.1. Questions de recherche

Le comportement des femmes burundaises en matière de recours aux soins obstétricaux, à l'instar des autres pays sous-développés, suscite des interrogations. En guise de rappel, les données quantitatives montrent que la majorité des femmes burundaises (99% en 2010 *vs* 90% en 2002) recourent à la CPN au moins une fois au cours de la grossesse. Ces mêmes données montrent une diminution considérable des accouchements à domicile mais ces derniers restent à un niveau important (de 70% en 2002 à 37,5% en 2010). Rares sont les femmes qui consultent le personnel médical dans le post-partum (30% en 2010). Cette étude se propose de répondre aux questions ci-dessous :

Alors que les femmes recourent dans leur grande majorité à au moins une consultation prénatale, comment expliquer les faibles niveaux de recours aux services de santé pendant l'accouchement et dans la période postnatale ?

Des questions spécifiques à cette question principale :

1. *les modalités de recours à la CPN par les femmes sont-elles le signe d'un suivi normal de la grossesse ou la réponse à une complication quelconque (ou une pathologie) ?*
2. *quelle est la part attribuable aux facteurs individuels tels que l'expérience de la maternité de la femme, son niveau d'instruction, le niveau de vie de son ménage et d'autres.*
3. *pourquoi un nombre important de femmes accouchent-elles encore à domicile malgré la gratuité de l'accouchement en formation sanitaire ?*
4. *les femmes sont-elles satisfaites de la qualité des soins et de l'accueil qui leur est réservé ?*

Afin de pouvoir répondre à ces questions, une série d'hypothèses principales ont été formulées.

2.3.2. Hypothèses principales de l'étude

En guise de rappel, cette étude répond à deux objectifs : l'identification des facteurs associés à l'utilisation des services de soins de santé maternelle et la compréhension des perceptions liées aux soins de santé maternelle. Les deux premières hypothèses principales essaient de répondre au premier objectif, tandis que les deux suivantes répondent au deuxième objectif.

- Dans tous les milieux de résidence, le niveau de vie du ménage et le niveau d'instruction de la femme sont les facteurs les plus déterminants du recours aux soins de santé (*cf.* approche sociologique). Cependant, le poids de ces deux variables n'est pas le même selon le milieu de

résidence (rural, urbain ou camps de déplacés). Nous faisons ainsi l'hypothèse que l'importance du niveau d'instruction est plus grande en milieu rural et dans les camps de déplacés tandis qu'en milieu urbain, le niveau de vie exerce un impact plus important (**H1**). En fait, les villes connaissent une plus forte concentration de populations instruites et exposées aux informations. Les femmes moins instruites, par effet de diffusion, profitent des connaissances de leurs homologues plus instruites. Cet échange de connaissances participe directement ou indirectement au changement des savoirs traditionnels. En dépit de ces connaissances, le manque de moyens financiers peut être une barrière à l'utilisation des services de soins de santé. L'effet de l'instruction ne disparaît pas, mais il serait moins important comparé à celui du niveau de vie. En milieu rural, par contre, la majorité de la population est analphabète et les habitants sont dispersés sur les collines. La persistance des croyances traditionnelles est un frein au recours aux soins de santé moderne même dans les ménages les plus riches.

- Bien que les analyses quantitatives exploratoires (Nkurunziza, 2007) montrent qu'en général les femmes déplacées de guerre utilisent plus les soins obstétricaux comparées aux rurales, nous supposons que leur comportement varie en fonction de la date d'occupation du camp (**H2**). Au premier chapitre, nous avons montré que l'évolution de la création des camps de déplacés n'a pas été la même sur tout le territoire (les trois grandes vagues de migrations forcées). Nous avons également montré que la question des déplacés de guerre a été instrumentalisée par les politiques. Une étude réalisée par l'Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) en 2005 a constaté que « *les déplacements des populations sont devenus, au Burundi, des enjeux politiques importants. Nous avons constaté une manipulation croissante de la question des déplacés et des réfugiés à des fins politiques. (...) la typologie et la composition des sites de déplacés a évolué assez sensiblement au fil du conflit. Cette complexité croissante et la diversité des situations n'ont en général pas suffisamment été prises en compte par les intervenants humanitaires ou administratifs* » (OCHA, 2005, p.10).

- Les femmes ou les familles ne sont pas suffisamment sensibilisées aux avantages des soins obstétricaux modernes (**H3**). La discrétion est de rigueur pendant les premiers mois de la grossesse afin de ne pas s'attirer les esprits maléfiques. Il a été également observé que dans la plupart des sociétés africaines, il existe des mythes et des croyances liés à la grossesse et à l'accouchement auxquels les services de maternité modernes ne répondent pas (*cf.* point sur l'acceptabilité des soins). Une sensibilisation auprès des mères permettrait de changer leur perception des risques liés à la maternité (susceptibilité ou sévérité perçue selon le *health Belief Model*) et des soins obstétricaux comme moyen efficace de prévenir ces risques (efficacité perçue). De plus, pendant longtemps, le discours sur la santé maternelle n'a pas distingué nettement, du moins dans le cas du Burundi, les soins obstétricaux de la planification familiale. Or, comme l'a constaté Hakizimana (2002, p.169-170) à Mugoyi, la grande majorité des Burundais ne veulent pas entendre parler de planification des naissances, pour eux synonyme de limitation des naissances et de stérilisation. Selon l'auteur, les quelques femmes qui ont des

connaissances (floues) sur la santé de la reproduction, l'ont appris par le biais d'amies ou de membres de la famille.

- Malgré la mesure de gratuité de l'accouchement qui a augmenté le recours à la maternité par les parturientes, des problèmes de dysfonctionnement demeurent pour les mères (**H4**). Comme déjà évoqué (*cf.* le point sur la disponibilité des soins dans l'approche institutionnelle), à la suite de la crise économique des années 1980 qu'a traversée l'Afrique, les établissements sanitaires publics ont été détériorés et mal fournis en matériels adéquats et personnel compétent. A cela s'ajoutent les effets de la crise socio-politique que le Burundi a connu entre 1993 et 2003 (voire jusqu'en 2008 dans certaines régions du pays). Certes, la gratuité de l'accouchement a permis à de nombreuses femmes d'accoucher en formation sanitaire. Mais cette initiative présidentielle n'a pas été accompagnée de mesures permettant d'améliorer la qualité et la quantité des soins. Nous pensons donc que l'hygiène douteuse, les ruptures de stocks grèvent la qualité des services de maternités modernes qui, de plus, ne respectent pas certaines des pratiques traditionnelles importantes entourant la grossesse et l'accouchement : discrétion, intimité, restitution des suites de couches, etc.). En d'autres termes, une bonne partie de femmes qui étaient déjà « résistantes » à l'accouchement en formation moderne n'y sont pas pour autant encouragées par la gratuité des soins.

- L'attitude et l'attention des professionnels de la santé à l'égard des mères pour la plupart rurales, pauvres, illettrées, etc., découragent les femmes de recourir aux services de santé maternelle : mépris, insultes, manque de respect et d'attention particulière envers la parturiente (**H5**) (*cf.* point sur la disponibilité des soins dans l'approche institutionnelle). Dans une étude réalisée dans quatre centres de santé maternelle au Niger (Moussa, 2003), les sages-femmes sont qualifiées, par la majorité des patientes, comme les plus « *hautaines* » et les plus « *autoritaires* » du personnel soignant. Selon l'auteur, « *cette catégorie de personnel soignant est généralement décriée comme accordant peu de considération, souvent aucune, aux personnes venant en consultation. L'insatisfaction est le sentiment exprimé avec le plus de force par les femmes rencontrées à la fin d'une consultation* ». Une mère qui a subi cette humiliation (le plus souvent publique), n'aura plus confiance en la personne ou l'équipe concernée. Plus l'information circule rapidement dans le voisinage⁴⁶ et plus il y a risque de méfiance se traduisant en une sorte de « boycott », vis-à-vis de ce personnel.

⁴⁶ Dans la tradition burundaise, l'entourage est dans une sorte d'« obligation » sociale de venir saluer, féliciter la famille qui vient d'avoir une naissance. Les discussions tournent, le plus souvent, autour du vécu de la grossesse et de l'accouchement.

2.3.3. Cadre conceptuel de l'étude

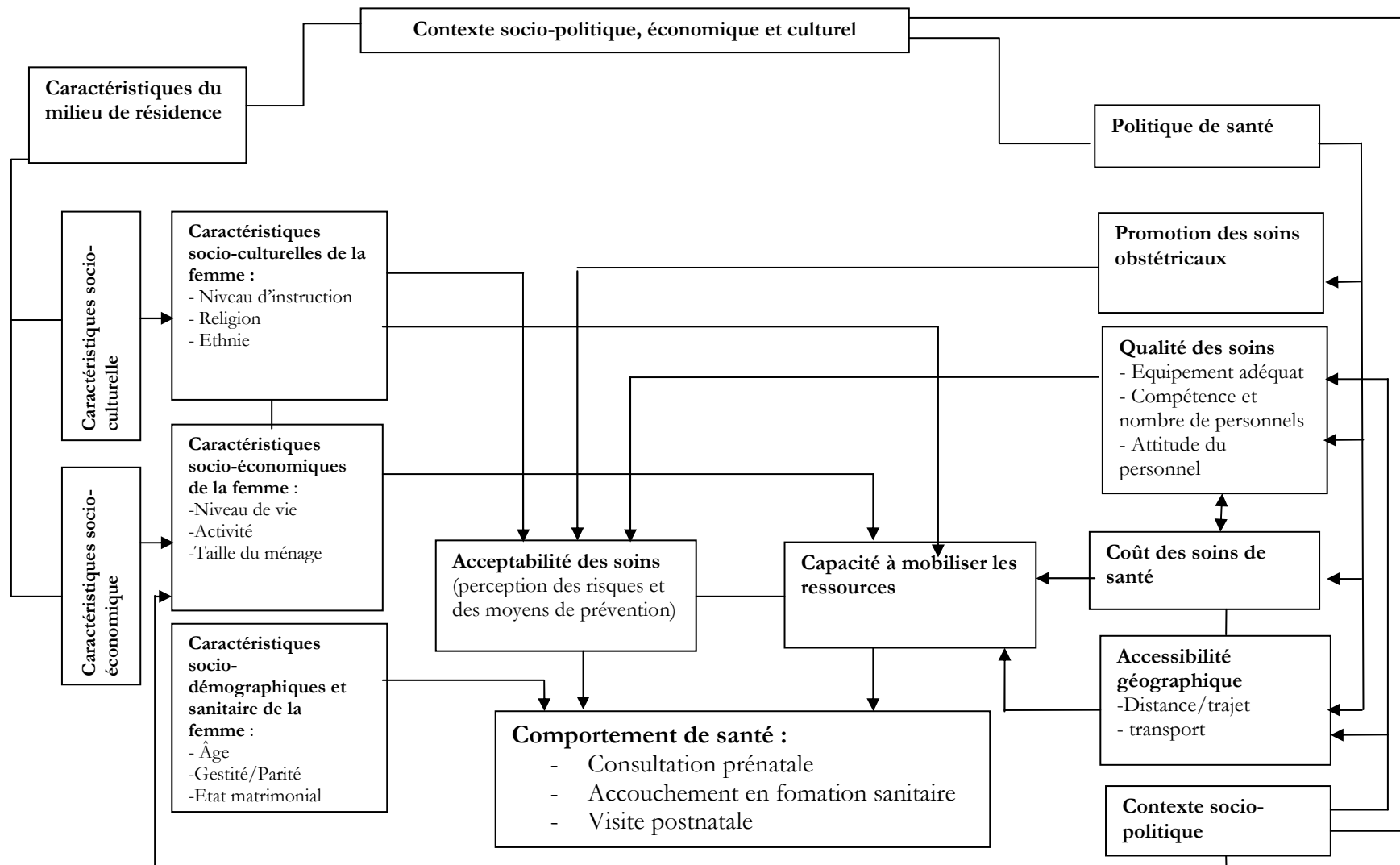
Le cadre conceptuel de l'étude a été élaboré en référence à la revue de littérature, notamment l'approche globale présentée précédemment. L'intérêt de la perspective globale est de montrer la complexité des facteurs de recours aux soins obstétricaux et de mieux comprendre leurs mécanismes d'action. Le modèle conceptuel (figure 2.3) cherche à démontrer que le comportement de santé de la femme est la résultante des interactions entre les caractéristiques individuelles de la femme et du ménage et les caractéristiques de l'offre de soins de santé. La femme, utilisatrice potentielle des services de soins obstétricaux, vit dans un environnement socio-culturel et économique qui interagit avec les caractéristiques individuelles et du ménage pour amener la femme à recourir à ces soins de santé ou non.

La relation entre l'offre de soins de santé et le recours aux soins obstétricaux passe par l'existence de soins capables de répondre aux besoins des bénéficiaires (offre en infrastructures et en personnel compétent, soins accessibles géographiquement et financièrement, etc.). Le recours aux soins obstétricaux dépend également de l'acceptabilité de ces soins et, plus concrètement, du savoir socialement partagé sur les soins appropriés. Cette perception peut dépendre, d'un côté, du capital culturel de la femme (son niveau d'instruction, son appartenance ethnique ou religieuse) qui facilite (ou non) la compréhension des messages de prévention des risques liés à la maternité. De l'autre côté, l'acceptabilité de soins peut dépendre, entre autres, de l'attitude du personnel soignant (respect des parturientes), de l'adéquation entre soins offerts et exigences culturelles et des activités de promotion des soins de santé maternelle organisées par le système de santé.

Le recours aux soins obstétricaux peut également être influencé par la capacité de la femme ou de sa famille à mobiliser les ressources nécessaires à la satisfaction des besoins de santé. Cette capacité financière (capacité à payer les factures des soins, le transport, etc.) est influencée par les caractéristiques socio-économiques telles que l'activité professionnelle de la femme, le niveau de vie et la taille du ménage. La capacité (autonomie) financière augmente également avec le niveau d'instruction de la femme. La conscience des risques liés à la maternité étant plus élevée chez la femme plus instruite, celle-ci est plus favorable aux soins obstétricaux de qualité (équipement adéquat, personnel compétent) quel qu'en soit le coût.

Le recours aux soins peut également être influencé par les caractéristiques individuelles de la femme, telles que son âge, sa gestité, son état matrimonial, la désidérabilité de la grossesse. Enfin, une femme ayant connu des antécédents obstétricaux à problèmes sera plus favorable aux soins de crainte de récurrence.

Figure 2.3 : Schéma conceptuel de l'étude



Dans le cas du Burundi, on ne peut se permettre d'omettre deux facteurs contextuels qui exercent un impact significatif sur le recours aux soins de santé. Il s'agit de la crise socio-politique (incluse dans la rubrique « contexte socio-politique ») et de la politique de gratuité de l'accouchement (incluse dans la rubrique « coût des soins de santé »).

En période de conflit, des infrastructures et des fournitures médicales sont détruites, le personnel médical est contraint de fuir. Il est évident que dans une situation de guerre, les gens ont peur de se déplacer, surtout la nuit. Certaines formations sanitaires sont localisées dans les zones jugées inaccessibles pour une partie de la population. Dans le contexte de guerre ethnique, comme ce fut le cas au Burundi, un climat de méfiance entre la population et les soignants peut également s'installer, s'ils n'appartiennent pas à une même ethnie⁴⁷. Sur le plan économique, la situation de nombreuses familles se dégrade davantage (maisons incendiées ou pillées, obligation de déménager et de tout laisser, perte d'emploi, etc.). Ainsi, de nombreuses familles urbaines ont vu leur taille augmenter car elles étaient obligées d'héberger leurs proches qui avaient fui l'insécurité régnant dans leur localité. D'autres familles ont été obligées de venir en aide à des proches qui vivaient dans les camps de déplacés.

Concernant la mesure de gratuité de l'accouchement, elle était mise en place pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux. Des études réalisées dans d'autres pays africains qui ont mis en place la politique de gratuité des accouchements (Haddad *et al.*, 2011, Ridde et Queuille, 2010, Olivier de Sardan, 2010, Olivier de Sardan et Ridde, 2012) ont montré que cette mesure a augmenté la fréquence des accouchements en formation sanitaire du fait de la réduction des charges financières supportées par la famille. En même temps, cette mesure a des répercussions sur l'offre des soins obstétricaux (entre autres, l'augmentation de la charge de travail des prestataires de santé, la gestion des stocks de médicaments et de matériel de soins).

Conclusion

Ce chapitre était consacré à la définition des soins obstétricaux et aux déterminants de leur utilisation. Selon la littérature, le choix du type de soins obstétricaux (modernes ou traditionnels) est fonction de l'offre de santé, de la position sociale de la femme ou de son ménage, mais il peut être aussi le résultat d'un choix rationnel (avantages et barrières perçus). Cette revue de littérature a permis de construire le modèle conceptuel de l'étude. Celui-ci intègre à la fois les caractéristiques de l'offre et de la demande des soins dans l'explication du comportement de la femme en matière de recours aux soins obstétricaux. Les données et les méthodes permettant de mettre à l'épreuve ce modèle et de tester les hypothèses de base seront présentées dans le chapitre suivant.

⁴⁷ Pendant la crise, des rumeurs circulaient disant que dans telle ou telle autre clinique ou centre de santé, les sages-femmes égorgaient les nouveau-nés selon leur appartenance ethnique. Il est impossible de savoir si ces rumeurs étaient fondées. Mais, de ce fait, certaines femmes n'osaient pas s'y rendre parce qu'elles avaient peur d'y mourir ainsi que leur enfant. Personnellement, j'ai vu plusieurs femmes accoucher au domicile d'une matrone à la retraite, par peur de l'insécurité qui régnait dans la ville d'une part, et par manque de confiance dans les sages-femmes de l'hôpital de cette même ville où cette matrone travaillait avant, d'autre part.

CHAPITRE III : DONNEES ET METHODES

Une étude portant sur les facteurs associés au recours aux soins obstétricaux au Burundi doit s'interroger quant aux implications de la politique de subvention des accouchements mise en place par le gouvernement depuis mai 2006 (voir chapitre 1). La prise en compte de cette dimension amène cette étude à opérer des choix chronologiques. En l'absence des données longitudinales qui permettraient d'étudier le changement de comportement de santé des femmes suite à cette mesure de gratuité, trois sources de données serviront à mettre en évidence la situation d'avant et celle d'après cette mesure. Il s'agit des données quantitatives recueillies en 2002 et en 2010 et des entretiens semi-directifs réalisés en 2011. L'enquête qualitative a été conçue dans le but de comprendre et d'approfondir certains résultats quantitatifs (design de complémentarité selon Creswell et Plano Clark, 2006). Afin de faire le lien entre les trois périodes de collecte de données et de détecter l'impact de la gratuité de l'accouchement, l'enquête qualitative a été réalisée auprès de femmes ayant eu au moins deux naissances dont une au cours de la période 2000-2002 et l'autre après mai 2006. L'enquête qualitative a également permis d'aborder d'autres thèmes qui ne sont pas traités dans les enquêtes quantitatives utilisées, tels que la perception des soins de santé maternelle et le rôle de l'entourage dans le recours aux soins de santé maternelle.

La présente étude adoptera une méthodologie mixte. Les données quantitatives seront analysées à la fois dans une approche descriptive à l'aide de la statistique du χ^2 et une approche explicative à l'aide de régressions logistiques. Quant aux données qualitatives, elles seront analysées à l'aide de la méthode d'analyse de contenu. La description de chaque source de données ainsi que les méthodes d'analyse fait l'objet des sections suivantes.

3.4. L'approche quantitative

Dans ce point consacré au volet quantitatif de la recherche, les sources des données seront présentées d'abord. Ensuite, la qualité des données sera analysée et enfin le choix des variables d'analyse sera exposé.

3.4.1. *Présentation des enquêtes quantitatives*

3.4.1.1. L'Enquête Socio-Démographique et de Santé de la Reproduction de 2002

L'Enquête Socio-Démographique et Santé de la Reproduction (ESD-SR) a été réalisée au Burundi du 23 août au 29 septembre 2002. Elle a été organisée par le gouvernement burundais et financée par le FNUAP. C'est une grande enquête rétrospective à passage unique qui a touché environ 7119 ménages et 32805 personnes de tous sexes et de tous âges. La collecte des données s'est réalisée suivant un plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés (deux degrés dans les camps de déplacés, trois degrés dans les sous-collines rurales et dans les zones de dénombrement

urbaines). « *La stratification combine le milieu (camps, rural ou urbain), et d'autres critères (la province pour les sous-collines rurales, le groupe de provinces et la période d'arrivée la plus massive des déplacés pour les camps, Bujumbura Mairie et les villes secondaires du Burundi pour les ZD urbaines)* » (Blayo *et al.*, 2004, p. 5). Trois types de coefficients de pondérations ont été calculés : le poids intra-provinces, le poids intra-milieu et le poids global. Quand les analyses sont menées au niveau national, c'est le « poids global » qui est utilisé pour corriger l'inégalité de tirage des ménages entre les milieux de résidence. Le « poids intra-milieu » est utilisé quand les analyses sont effectuées au niveau du milieu de résidence.

Encadré 3.1 : Calcul des coefficients de pondération du fichier des données de l'ESD-SR 2002
(Blayo *et al.*, 2004, p. 333)

$$\text{Poids intra milieu}_{mhi} = (n_m / (k_{mh} \times n_{mhi})) \times (N_{mh} / N_m)$$

n_m étant le nombre total de ménages enquêtés dans le milieu m , k_{mh} le nombre de secteurs d'enquête de la strate mh , n_{mhi} le nombre de ménages enquêtés dans le secteur d'enquête i de la strate mh , N_{mh} nombre total de ménages actualisé de la strate mh et N_m le nombre de ménages actualisés dans le milieu m .

$$\text{Poids global}_{mhi} = (n / (k_{mh} \times n_{mhi})) \times (N_{mh} / N)$$

n le nombre total de ménages enquêtés, k_{mh} nombre de secteurs d'enquêtes de la strate mh , n_{mhi} nombre de ménages enquêtés dans le secteur i de la strate mh , N_{mh} nombre total de ménage actualisé de la strate mh et N nombre total de ménages actualisé dans le pays.

L'échantillon a été sélectionné à partir de la liste des ménages par sous-colline (en milieu rural) et par zone de dénombrement (milieu urbain). Cette liste avait été actualisée par L'Institut de Statistique et des Études Économiques du Burundi l'ISTEEBU en 2001 à partir des informations relayées par les responsables administratifs, de l'échelon inférieur « *Nyumbakumi*⁴⁸ » au responsable communal (Blayo *et al.*, 2004, p. 328).

Pour des besoins de collecte, cinq types de questionnaires ont été utilisés :

En milieu rural, une feuille *ruغو* permettait de dénombrer le nombre de ménages qui se trouvent dans un même « *ruغو* », d'identifier le chef du « *ruغو* » et d'établir le lien de parenté entre celui-ci et chacun des chefs de ménage du « *ruغو* ». Le « *ruغو* » peut être comparé à une cour ou une concession mais, généralement, les membres du *ruغو* ont un lien de parenté.

Une feuille ménage permettait de recueillir des informations sur la composition du ménage (y compris les caractéristiques de ses membres), les caractéristiques de l'habitat et les biens qu'il possédait ainsi que les événements ayant touché les membres du ménage depuis le 1^{er} juillet 2001.

⁴⁸ En milieu urbain, « *Nyumbakumi* » est le chef de la rue et en milieu rural, il est chef de 10 maisons. Selon les auteurs, cette façon de dénombrer les ménages a pour conséquences la sous-estimation des ménages surtout en milieu rural. En fait, la conception du ménage par les « *Nyumbakumi* » (ensemble de personnes vivant sous la responsabilité d'un homme valide) est différente de la définition donnée à l'enquête (ensemble de personnes vivant sous un même toit et partageant un budget).

Trois types de bulletins individuels ont été utilisés pour les données individuelles, à savoir un bulletin pour les enfants de moins de 14 ans, un bulletin pour les hommes de plus de 14 ans et un bulletin pour les femmes de plus de 14 ans. Ces bulletins individuels abordent les mêmes questions (mais quelques-unes d'entre elles n'étaient pas posées aux moins de 14 ans) permettant de recueillir des informations sur :

- les caractéristiques individuelles de la personne enquêtée, sa fécondité désirée (questions posées au plus de 14 ans), la situation de chacun de ses parents et chacun de ses enfants de plus de 14 ans. Aux enfants de moins de 14 ans, il était demandé s'ils avaient été vaccinés. Ces questionnaires comportent également des questions concernant les lieux de résidence depuis le 1^{er} juillet 1993, l'intention de partir (quitter le lieu de résidence actuelle) ainsi que les raisons du départ.
- au bulletin individuel des femmes de plus de 14 ans était annexé un questionnaire comprenant une rubrique sur la santé de la reproduction notamment des questions sur la contraception, sur les grossesses antérieures (date et issue de chacune des grossesses, sexe et survie de la naissance vivante), sur le recours aux services de santé au cours de la dernière grossesse, au cours et après le dernier accouchement. Des questions sur les violences sexuelles faites à la femme ont été également posées.

Dans un pays à statistique déficiente comme le Burundi, l'ESD-SR Burundi-2002 est venue à point nommé, l'enquête démographique et de santé (EDS) datant de 1987 et le dernier recensement de la population de 1990. Après près de 10 ans de guerre, la structure démographique a été profondément modifiée et des informations détaillées sur la situation démographique actuelle faisaient défaut⁴⁹. L'ESD-SR a donc permis de recueillir des données à l'échelle nationale, représentatives par milieu de résidence (rural, urbain et camps de déplacés) et de calculer divers indicateurs démographiques ainsi que leurs évolutions et leur tendance (car l'enquête a touché tous les individus de tous âges). L'ESD-SR a permis également une sorte de recensement de la population déplacée suite à la crise socio-politique qui avait éclaté en 1993. D'ailleurs l'un des objectifs de cette enquête était de mesurer les effets de la guerre sur les phénomènes démographiques.

3.4.1.2. L'Enquête Démographique et de Santé de 2010

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2010 est la deuxième au Burundi après celle de 1987. Elle a bénéficié de l'appui technique de l'ICF International et a été financée par le

⁴⁹ Même l'échantillonnage a été effectué sur base d'une actualisation du nombre de ménage de 2001 par l'ISTEEBU. Cependant, cette actualisation présente des limites car elle est basée sur la déclaration des chefs des quartiers (milieu urbain) et des chefs de collines (milieu rural). Dans les camps de déplacés, l'échantillonnage est basé sur le recensement de la population déplacée de guerre effectué quelques mois avant l'ESD-SR.

gouvernement Burundais, le Département pour le Développement international du Royaume-Uni (DDIR), l'USAID, l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS et de la Coopération Suisse.

Au total, 9024 ménages, 9500 femmes âgées de 15-49 ans ont été enquêtés. Des hommes de 15-49 ans ont également été enquêtés dans un ménage sur deux parmi les ménages sélectionnés. L'EDS a eu comme base de sondage le fichier des zones de dénombrement élaboré par l'ISTEEBU pour des besoins du recensement général de la population de 2008. L'échantillon est stratifié à deux degrés, l'unité primaire de sondage étant le ZD et les parties urbaine et rurale ayant été séparées dans chaque province.

Des coefficients de pondérations ont été calculés pour chaque degré de stratification en vue de garantir la représentativité au niveau national et par province (Burundi, 2012, pp. 242-243) :

Encadré 3.2 : Calcul des coefficients de pondération du fichier des données de l'EDS 2010
(Burundi, 2012, p.243-243)

La probabilité de sondage au premier degré de la $i^{\text{ème}}$ grappe de la strate h est donnée par:

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{\sum_i M_{hi}} \times t_{hij}$$

a_h étant le nombre de grappes de la strate h , M_{hi} le nombre de ménages dans la grappe i de la strate h , $\sum_i M_{hi}$ le nombre total de ménages dans la strate h , et t_{hij} la taille estimée en proportion du segment j .

La probabilité de sondage au deuxième degré de la $i^{\text{ème}}$ grappe de la strate h obtenue par la formule :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{L_{hi}}$$

b_{hi} est le nombre de ménages tirés à partir des L_{hi} ménages nouvellement sélectionnés dans la $i^{\text{ème}}$ grappe de la strate h

La probabilité globale pour tirer un ménage dans la grappe i de la strate h est alors :

$$P_{hi} = P_{1hi} \times P_{2hi}$$

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données :

Le questionnaire ménage permettait de recueillir des informations sur la composition du ménage, les caractéristiques de ses membres et celles de l'habitat (biens du ménage).

Contrairement à l'ESD-SR de 2002, le questionnaire femme est très long. Il est composé de onze sections collectant les informations sur les caractéristiques socio-démographique de la femme, sur son histoire génésique, sur ses connaissances et pratiques contraceptives, sur la vaccination, la santé et la nutrition de ses enfants, sur ses activités sexuelles, sur sa fécondité désirée, sur son

travail et les caractéristiques de son mari, sur ses connaissances autour du VIH/SIDA, sur la mortalité maternelle et autres problèmes de santé. Les informations sur le recours aux soins obstétricaux sont recueillies dans la section sur les grossesses et les soins postnataux.

Le questionnaire homme permettait de collecter les informations sur les caractéristiques socio-démographiques de l'homme, sur sa fécondité, sur ses connaissances et opinion sur la contraception, sur ses activités sexuelles, sur sa fécondité désirée, sur son emploi et son opinion sur les rôles selon les sexes, sur le VIH/SIDA et autres problèmes de santé.

3.4.1.3. Population d'étude

A partir de l'ESD-SR de 2002, l'échantillon sera constitué des dernières grossesses survenues entre 1997 et 2001 pour éviter des effets de troncature à droite, c'est-à-dire éviter que les femmes qui étaient enceintes au moment de l'enquête échappent à l'observation. A partir de l'EDS de 2010 seront sélectionnées les dernières naissances survenues entre mai 2006 et l'enquête⁵⁰. La limitation à cinq ans précédant chaque enquête permet d'éviter un trop grand décalage entre la survenue de l'événement et les caractéristiques relevées au moment de l'enquête.

Tableau 3.1 : Résumé de la taille de l'échantillon selon le phénomène étudié et par le milieu de résidence au Burundi⁵¹

ESD-SR de 2002

Variables	Pays (N = 3031)		Rural (N. =1178)		Camps de déplacés (N.= 1499)		Urbain (N. = 558)	
	N. manquants	N. valides	N. manquants	N. valides	N. manquants	N. valides	N. manquants	N. valides
CPN	53	2978	22	1156	20	1479	5	553
Lieu d'accouchement	44	2987	17	1161	14	1485	9	549
Soins postnataux	58	2973	23	1155	26	1473	11	547

EDS de 2010

Variables	Pays (N = 4960)		Rural (N. =4532)		Urbain (N. = 429)	
	N. manquants	N. valides	N. manquants	N. valides	N. manquants	N. valides
CPN	54	4905	50	4482	5	424
Lieu d'accouchement	1	4959	1	4531	0	429
Soins postnataux	9	4951	9	4523	0	429

⁵⁰ Seules les naissances survenues entre 2006 et l'enquête de 2010 sont sélectionnées dans le but de rendre ces données comparables à celles de 2002. Cependant, les naissances survenues avant le 1^{er} mai 2006 (date de l'annonce de la mesure de gratuité de l'accouchement) seront écartées de l'échantillon.

⁵¹ Les effectifs présentés dans les tableaux sont des effectifs pondérés. Comme expliqué dans l'encadré 3.1, deux coefficients de pondération (ponds intra-milieu et poids global) ont été utilisés pour l'ESD-SR de 2002. C'est pour cette raison que les effectifs au niveau national ne sont pas équivalents à la somme des effectifs par milieu de résidence. En 2010, par contre, c'est un seul coefficient de pondération qui a été utilisé.

Ainsi, le tableau 3.1 présente les échantillons par milieux de résidence et par enquête (colonnes grisées). Vu le faible nombre de données manquantes pour les variables dépendantes, il n'a pas été jugé nécessaire d'appliquer les techniques d'imputation.

3.4.2. *Evaluation de la qualité des données quantitatives*

L'évaluation de la qualité des données est nécessaire pour la vérification de la fiabilité des indicateurs construits. Les sources de biais seront d'abord mises en évidence et la qualité des données collectées sera ensuite analysée.

3.4.2.1. Les limites des enquêtes quantitatives

Les limites de l'ESD-SR de 2002 et de l'EDS de 2010 sont inhérentes à toute enquête :

- **Omissions volontaire et involontaires** : l'utilisation des données des enquêtes rétrospectives pose des problèmes liés à la qualité des données car les informations recueillies font appel à la mémoire avec tous les biais qui en découlent (oubli, omission volontaire ou non, problème de datation des événements,...). Les grossesses et/ou accouchements évoquant des expériences douloureuses (fausse-couche, avortement, mortinatalité, complications obstétricales, etc.) peuvent être omis volontairement par la mère (Beninguissé, 2003, p.102). Ces erreurs peuvent entraîner une sous-déclaration des grossesses et des naissances. Le risque de sous-déclaration des événements est d'autant plus élevé quand les événements en question remontent plus loin dans le temps. C'est pour cette raison que, dans le cadre de la présente étude, l'échantillon est limité aux dernières grossesses survenues dans les cinq années précédant l'ESD-SR de 2002 et et aux dernières naissances survenues entre mai 2006 et l'EDS de 2010⁵².
- **Effets de sélection** : en 2002 comme en 2010, les informations concernant les grossesses et les accouchements ont été collectées auprès des femmes survivantes au moment de l'enquête. Les mères décédées sont donc exclues de l'échantillon alors qu'elles présentaient, probablement, des caractéristiques plus à risque comparées aux survivantes (Beninguissé, 2003). Contrairement à l'EDS de 2010, aucune question sur les complications liées à la grossesse et à l'accouchement n'a été posée à l'ESD-SR. Il ne sera donc pas possible de savoir si les femmes ont consulté parce qu'elles avaient une complication ou s'il s'agit d'un suivi normal de la grossesse.
- **Choix de l'unité d'analyse** : l'unité primaire est la grossesse selon l'ESD-SR et la naissance-vivante selon l'EDS⁵³. Dans l'un comme dans l'autre cas, le choix de l'unité d'analyse

⁵² En guise de rappel, mai 2006 correspond à l'annonce de la gratuite de l'accouchement.

⁵³ En fait, les informations relatives au recours aux soins obstétricaux concernent la dernière grossesse pour l'ESD-SR de 2002 et la dernière naissance pour l'EDS de 2010.

comporte des risques. En fait, travailler sur la dernière naissance vivante exclut les grossesses se terminant par un décès fœtal. Etudier l'ensemble des naissances des femmes conduirait à un effet de grappe⁵⁴, ce qui n'est pas le cas lorsque l'on étudie la dernière grossesse. Néanmoins, cette approche ne manque pas de limite dans la mesure où les effectifs deviennent faibles et peuvent augmenter des erreurs aléatoires. L'absence d'informations relatives au déroulement des grossesses/naissances antérieures est également un frein aux études sur le changement de comportement de santé de la femme au cours de son histoire génésique.

- La collecte des informations concernant les hommes à l'aide d'un questionnaire individuel est un frein à la reconstitution des caractéristiques des couples puisque les hommes absents du ménage le jour de l'enquête ne sont pas enquêtés. Cette reconstitution des couples est encore plus compliquée en 2010 puisque les hommes étaient enquêtés dans un ménage sur deux.
- Enfin, les phénomènes faisant l'objet d'étude, à savoir la CPN, l'accouchement et la consultation postnatale, sont des variables se référant au passé mais « expliquées » par des variables du moment ce qui conduit à faire l'hypothèse que la femme n'a pas connu de changements socio-économiques et culturels entre la grossesse/naissance étudiée et le moment de l'enquête.

3.4.2.2. Qualité des données

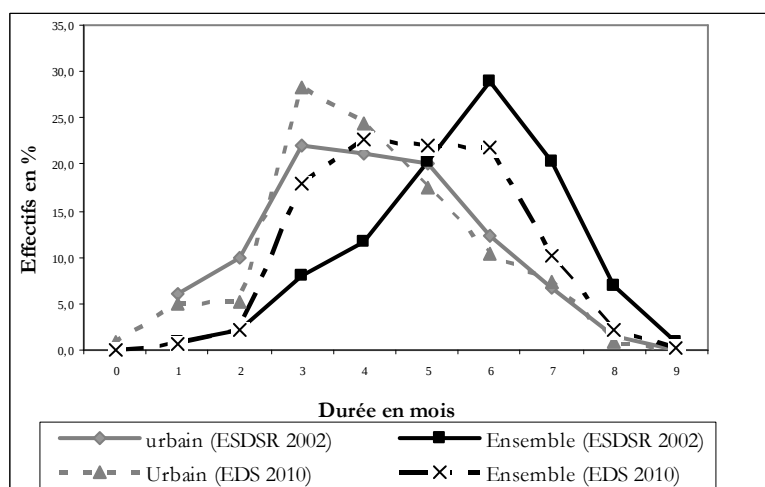
L'analyse de la qualité de datation de certains événements permettra de tester en partie la qualité des données des deux enquêtes. Il s'agit d'analyser ici la qualité de la déclaration de la durée de grossesse à la première CPN, de la durée écoulée entre l'accouchement et la visite postnatale, de l'âge ou de l'année de naissance de la femme. La qualité de la variable « activité de la femme » sera également analysée.

❖ Déclaration de la durée de la grossesse à la première CPN

La figure 3.1 permet d'analyser la qualité de la déclaration de la durée de gestation à la première CPN selon les enquêtes de 2002 et 2010.

⁵⁴ Effet de grappe signifie, dans ce cas précis, la non-indépendance des naissances de la femme.

Figure 3.1 : Distribution des femmes selon la durée de gestation à la première CPN



Source : Elaborée par l’auteure à partir des données de l’ESD-SR de 2002 et de l’EDS de 2010 au Burundi

Au regard des courbes, on remarque que :

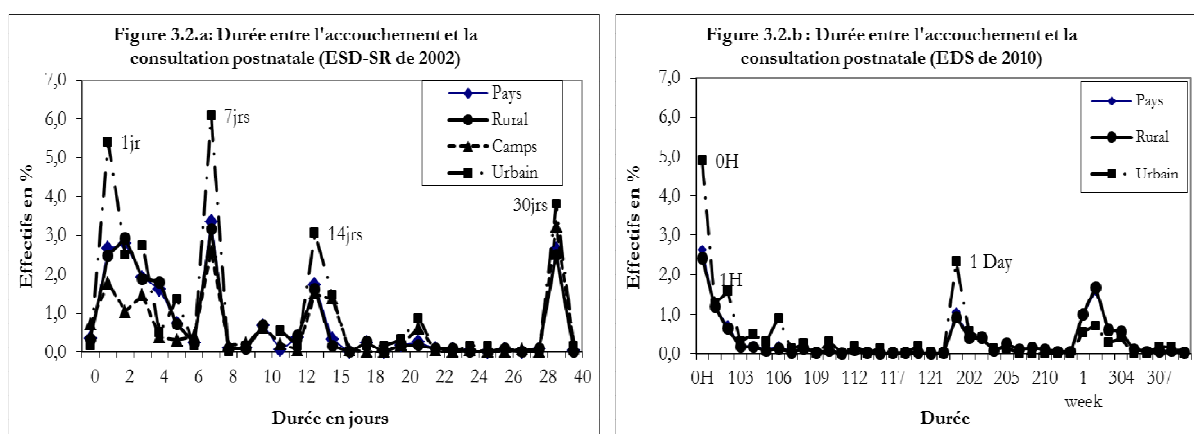
- Aux deux enquêtes, les femmes urbaines fréquentent les services de CPN plus précocement que l’ensemble de l’échantillon (au niveau national). Excepté pour les valeurs modales (entre le 3^{ème} et le 5^{ème} mois pour l’enquête de 2002, le 3^{ème} mois pour l’EDS de 2010), la forme des courbes est relativement similaire.
- Au niveau national, par contre, le décalage entre les courbes est flagrant. Il y a lieu de croire à un changement de comportement entre les deux périodes. Visiblement, la première CPN intervient de plus en plus précocement mais s’étale sur une longue période de gestation (entre le 4^{ème} et 6^{ème} mois de gestation, voir à partir du 3^{ème} mois), alors qu’à l’enquête de 2002, elle avait lieu autour du 6^{ème} mois de gestation.

❖ *Durée entre l’accouchement et la première visite postnatale*

S’il y a lieu d’admettre que les femmes burundaises, à l’instar des autres pays en développement, viennent tardivement pour leur première CPN, la qualité de la déclaration relative au délai entre l’accouchement et la consultation postnatale, qui devait être déclaré en jours, est douteuse.

Pour l’ESD-SR de 2002, les fortes fluctuations observées (figure 3.2a) peuvent être dues soit à la mauvaise déclaration par les femmes elles-mêmes soit à la mauvaise conversion, par l’enquêtrice, des durées (semaines, mois) en nombre de jours (une semaine serait convertie en 7 jours, deux semaines en 14, ...) ce qui entraîne une forte attraction/répulsion sur certaine durée.

Figure 3.2 : Répartition des femmes selon la période de la consultation postnatale au Burundi



Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Source : EDS de 2010 au Burundi

La situation est plus compliquée à l'EDS de 2010. Aux femmes ayant déclaré avoir consulté après l'accouchement, il était demandé le temps écoulé entre l'accouchement et cette consultation. La figure 3.2b représente la distribution de ces femmes selon la durée de consultation après l'accouchement. La difficulté est donc de connaître l'unité de mesure (le temps est-il exprimé en heure ? en jour ?). Selon le manuel l'EDS⁵⁵, la valeur 100 de la variable signifie que la femme a consulté le jour de l'accouchement, 101 signifie que la consultation a eu lieu un jour après l'accouchement et 201 correspond à une semaine après. On observe donc que 2,6% de femmes ont consulté à 0 heure après l'accouchement⁵⁶, 1,2% après une heure et 1% après un jour et que plus de 64% de ces femmes ont accouché en formation sanitaire. Aucune variable ne permet de savoir si ces mêmes femmes ont consulté après la période d'hospitalisation. Nonobstant, cette mauvaise déclaration du délai de la visite postnatale aux deux enquêtes n'affecte pas les analyses qui concernent l'événement « recours ou non à une visite médicale dans les 42 jours suivant l'accouchement » (cf. tableaux 3.11.a et 3.11.b, annexe 3.3).

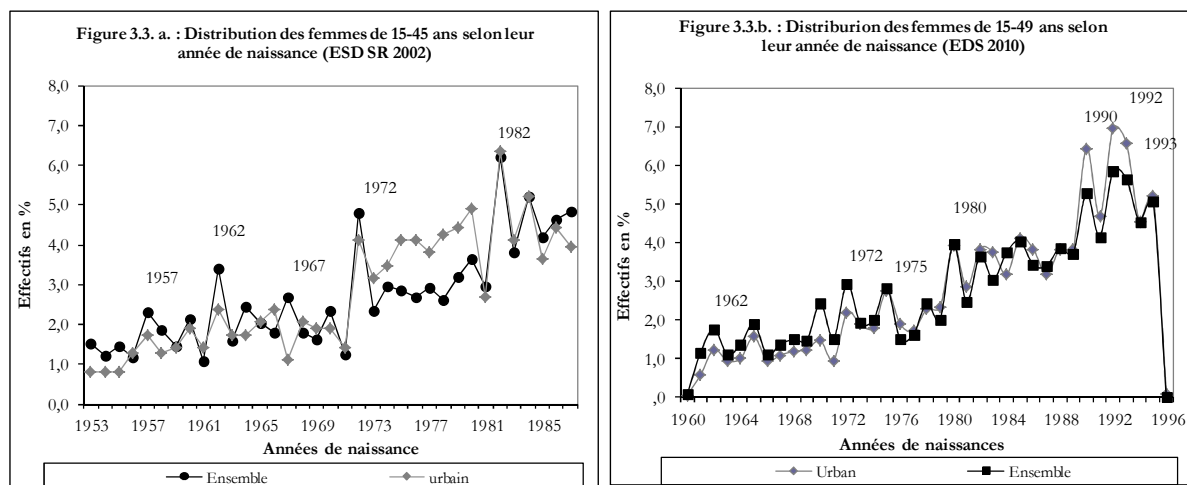
❖ *Qualité de la déclaration de l'année de naissance de la femme*

L'âge de la femme à la grossesse /naissance exerce une influence sur le recours aux soins obstétricaux. Celui-ci étant obtenu par la différence des millésimes (entre l'année de naissance de la femme et l'année de la grossesse ou de la naissance de l'enfant), sa qualité dépendant de la déclaration de ces dates par la femme. La figure 3.3 montre la distribution des femmes selon leur année de naissance.

⁵⁵ <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG4/Recode3Map.pdf>

⁵⁶ Selon l'OMS (1999), on considère généralement que la première heure qui suit la délivrance fait partie de l'accouchement car c'est pendant cette période qu'on prodigue les soins immédiats à la mère et au nouveau-né.

Figure 3.3 : Répartition des femmes de 14-49 ans selon leur année de naissance et selon l'enquête au Burundi



Source : ESD-SR de 2002

Source : EDS de 2010

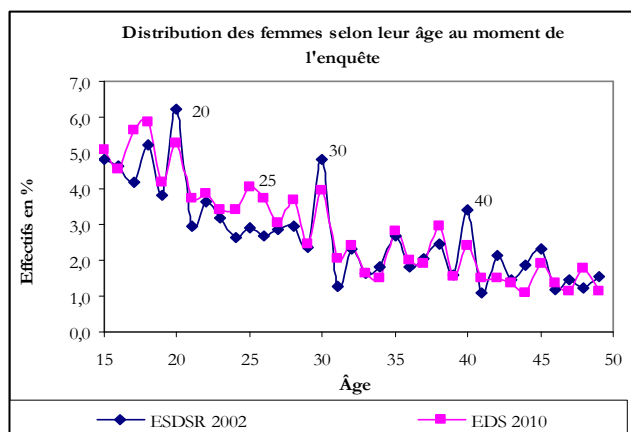
Les courbes de la figure 3.3 évoluent en dents de scie avec des pics et des creux plus accentués à certaines dates, surtout pour l'ESD-SR, démontrant une mauvaise déclaration des dates de naissance ou des âges. L'analphabétisme et l'absence de documents officiels (comme les actes d'état-civil) sont les facteurs principaux de cette mauvaise déclaration.

Aux deux enquêtes, les enquêtés devaient déclarer à la fois leur date de naissance (mois et année) et leur âge (dernier anniversaire). La confrontation des deux informations (date de naissance et âge actuel) permettrait de détecter les données qui ne sont pas concordantes. Malheureusement, seule l'année de naissance est disponible dans la base de données de 2002 et l'âge en 2010⁵⁷.

Les irrégularités observées sur les courbes de la figure 3.3 peuvent être expliquées par les attractions/répulsions aux dates d'événements historiques marquants ou aux âges ronds. On constate, par exemple, une attraction pour les années 1962 (date de l'indépendance du Burundi) et 1972 (année de l'un des grands conflits interethniques qui a marqué les esprits des Burundais). On remarque également une attraction pour les années se terminant par 2 et 7 pour l'ESD-SR de 2002 et pour les années se terminant par 0 et 5 pour l'EDS de 2010. Il est probable qu'en 2002, l'année de naissance ait été estimée à partir de l'âge de la femme à l'enquête. Plus précisément, pour une femme âgée de 20 ans en 2002, on estimera qu'elle est née en 1982. Pour celle de 30 ans, on déduira qu'elle est née en 1972 et ainsi de suite. La figure 3.4 confirme cette attraction/répulsion aux âges ronds, phénomène suffisamment documenté dans la littérature portant sur la démographie des pays à état-civil défaillant.

⁵⁷ L'année de naissance des femmes enquêtées en 2010 (figure 3.3.b) a été calculée à partir de l'âge à l'enquête.

Figure 3.4 : Distribution des femmes selon leur âge au moment de l'enquête : comparaison de l'ESD-SR de 2002 et de l'EDS de 2010



Outre ces attractions/répulsion à certaines dates, l'estimation de l'année de naissance par la simple différence entre l'année de l'enquête et l'âge à l'enquête comporte un autre risque : le « rajeunissement » ou « vieillissement » de certains individus selon que ceux-ci déclarent leur âge atteint au courant de l'année de l'enquête ou leur âge révolu.

❖ *Activité de la femme*

L'activité de la femme joue un rôle dans l'utilisation des soins obstétricaux (*cf.* chapitre 2). Mais, le travail de la femme est un concept complexe, difficile à opérationnaliser avec les données statistiques souvent disponibles. L'analyse des données de l'ESD-SR de 2002 et celles de l'EDS de 2010 révèle, d'abord, un problème de comparabilité des modalités de la variable car les catégories construites ne sont pas les mêmes aux deux enquêtes (*cf.* tableaux 3.2 et 3.3). Elle montre ensuite des oppositions entre le milieu rural et le milieu urbain : les salariées sont plus représentées en milieu urbain (15,9% en 2002 et 23,5% en 2010) alors qu'elles sont beaucoup moins nombreuses en milieu rural (1% en 2002 et 1,2% en 2010). En 2002, les femmes au foyer sont estimées à 39,4% en milieu urbain contre 2% en milieu rural. En revanche, les aides familiales sont plus nombreuses en milieu rural (82,3% *vs* 8,6% en milieu urbain). En 2010, les commerçantes et vendeuses sont estimées à 24,2% en milieu urbain alors qu'elles représentent 1% des femmes rurales.

Une question se pose : dans le contexte burundais, que faut-il comprendre par « indépendante », « femme au foyer » ou même « femme sans emploi » ?

A l'ESD-SR de 2002, l'« indépendant » était défini comme une personne qui travaille à son compte, qui possède une entreprise et peut employer de la main d'œuvre. Dans cette catégorie figurent également les chefs d'exploitation. Les autres membres du ménage travaillant pour l'« indépendant » sont qualifiés d'aides familiaux (Burundi-FNUAP, 2002, p.70). Les données

révèlent qu'en milieu rural, la quasi-totalité des femmes « indépendantes » sont dans le secteur agricole et ont un niveau d'instruction inférieur au primaire complet. En milieu urbain, en revanche, 76,7% des indépendantes sont dans le commerce, 60% d'entre elles ont un niveau d'instruction égal au primaire. Dans les deux milieux de résidence, plus de 50% des femmes indépendantes ont un faible niveau de vie et vivent en union.

Tableau 3.2 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur activité et par milieu de résidence en 2002 au Burundi

Modalités	Pays (N. =3507)		Rural (N.=1369)		Urbain (N.=609)	
	N	%	N	%	N	%
Salariée	73	2,1	13	1,0	97	15,9
Indépendante	530	15,1	193	14,1	134	22,0
Aide familiale	2677	76,4	1126	82,3	52	8,6
Sans emploi	29	1,0	1,0	0,0	61	10,0
Femme au foyer	166	4,7	27	2,0	240	39,4
Elève, étudiante	2	0,1	1,0	0,1		
Autre	8	0,2	2	0,2	7	1,1

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Tableau 3.3 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur activité et par milieu de résidence en 2010 au Burundi

Statut d'activité	Pays (N=4960)		Rural (N=4532)		Urbain (N=429)	
	N	%	N	%	N	%
Sans emploi	513	10,3	426	9,4	66	15,4
Salariée	254	5,1	56	1,2	101	23,5
Commerçante/vendeuse	235	4,7	44	1,0	104	24,2
Cultive pour soi	3948	79,6	4006	88,4	155	36,1
Cultive pour autrui/aide familiale	10	0,2	0	0,0	3	0,7

Source : EDS de 2010 au Burundi

Quant aux « aides familiales », elles sont estimées à plus de 82,3% en milieu rural contre 8,6% en milieu urbain. En milieu rural, presque toutes les aides familiales sont actives dans le secteur agricole et plus de 90% vivent en union. Le mari étant le chef de ménage, donc chef de l'exploitation agricole, sa femme fait partie des membres secondaires du ménage. En travaillant la terre, la femme en union aide son ménage sans rémunération⁵⁸. On observe que la situation change quand on demande à la femme si elle cultive pour elle ou pour autrui (EDS 2010). Dans ce cas, plus de 88% de femmes rurales répondent qu'elles cultivent pour elles. En fait, cultiver pour autrui, dans la conception burundaise, est une tâche réservée aux plus démunis qui cultivent pour les autres et qui sont rémunérés en contre-partie.

⁵⁸ Selon le *Manuel de l'enquêteur* (2002), une « aide familiale » n'est pas rémunérée. C'est une personne qui aide son ménage ou un membre de son ménage dans son activité sans recevoir en contrepartie de paiement.

Les données des deux enquêtes témoignent également que les notions de « femmes au foyer » et de « femme sans emploi » sont difficiles à appréhender dans le contexte burundais, en milieu rural plus particulièrement. Avec ses multiples tâches (entretien du ménage, garde des enfants, activités de subsistance, etc.), il est peu probable que la femme se définisse comme « sans emploi » ou « femme au foyer ». De plus, le statut de femme au foyer n'est pas un statut reconnu dans le contexte burundais comme cela s'avère le cas dans les pays occidentaux.

Bref, la variable « activité de la femme » ne sera pas retenue dans les analyses car :

- ✓ Les modalités de la variable ne sont pas comparables entre les deux enquêtes ;
- ✓ la définition occidentale du concept est non applicable dans le contexte burundais ;
- ✓ cette variable est fortement associée à l'état matrimonial, au secteur d'activité, au milieu de résidence et au niveau d'instruction de la femme alors que les méthodes d'analyse utilisées sont sensibles aux problèmes de colinéarités⁵⁹.

3.4.3. Choix et opérationnalisation des variables d'analyse

La construction des modalités des variables retenues dans l'analyse s'est basée sur trois critères : la revue de littérature (catégories théoriquement plausibles), la disponibilité des données et le souci de veiller à la consistance statistique pour éviter les erreurs aléatoires inhérentes aux petits effectifs. Pour les variables indépendantes, est choisie comme modalité de référence, la catégorie théoriquement la moins susceptible de connaître l'événement étudié.

3.4.3.1. Variables dépendantes

Les soins de santé maternelle sont constitués de l'ensemble des actions visant à assurer une bonne santé au couple mère/enfant pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement mais dans notre étude, ils se limitent au recours aux CPN, à l'accouchement en structure de santé et au recours à une visite postnatale dans une période de six semaines après l'accouchement.

Consultation prénatale : « *Les soins prénatals [sic] ont pour objectifs de prévenir, de dépister précocement et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître, mais aussi d'accompagner la femme et ses proches pendant toute la grossesse* » (A. Prual *et al.*, 2002, p.91) .

Cette étude ne s'intéresse pas à la personne consultée lors de la CPN mais au recours ou non à une consultation prénatale au cours de sa grossesse et à la durée de gestation à la première CPN. La variable dépendante retenue est la « **durée de gestation à la première CPN** ». Cependant, cette variable n'a pas été codée de la même façon selon les données disponibles aux deux

⁵⁹ L'association entre l'activité de la femme et les variables énumérées a été testée à l'aide des tableaux croisés et de la technique de χ^2 . En milieu urbain, l'activité de la femme est associée au niveau d'instruction de la femme et au niveau de vie du ménage.

enquêtes. En 2002, les effectifs de femmes qui ne consultent pas sont suffisamment importants au niveau national, en milieu rural et dans les camps de déplacés (respectivement 7,9%, 8,7% et 4,1%). Dans ces milieux, l'échantillon sera donc regroupé en trois catégories : le non-recours à la CPN, le recours précoce (première CPN au cours du premier trimestre de gestation), et recours tardif (1^{ère} CPN au-delà du 1^{er} trimestre).

Etant donné que le non-recours à la CPN est très faible en milieu urbain en 2002 (1% aux deux enquêtes) mais aussi dans tous les milieux de résidence en 2010 (les proportions ne dépassent pas 2%), la variable a été codée en deux modalités (variable dichotomique) qui prend la valeur 0 si la première CPN est précoce et 1 si elle est tardive. Le tableau 3.4 fait le récapitulatif du codage de la variable dépendante « durée de gestation à la première CPN » selon l'enquête.

Tableau 3.4 : Variables dépendantes et leurs modalités selon le milieu de résidence et la période d'observation au Burundi

Variables	ESD-SR de 2002				EDS de 2010		
	Pays	Rural	Camps	Urbain	Pays	Rural	Urbain
Durée de gestation à la 1^{ère} CPN	aucune CPN	aucune CPN	Aucune CPN				
	CPN Précoce	CPN précoce	CPN Précoce	CPN Précoce	CPN Précoce	CPN Précoce	CPN Précoce
	CPN tardive	CPN tardive	CPN tardive	CPN tardive	CPN tardive	CPN tardive	CPN tardive
Lieu d'accouchement	Structure sanitaire	Structure sanitaire	Structure sanitaire	Structure sanitaire	Structure sanitaire	Structure sanitaire	Structure sanitaire
	à domicile	à domicile	à domicile	à domicile	à domicile	à domicile	à domicile
Consultation postnatale	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Source : Tableau élaboré par l'auteure à partir de l'ESD-SR de 2002 et de l'EDS de 2010

Le «**Lieu d'accouchement**» est une variable dichotomique qui prend la valeur 0 si l'accouchement a eu lieu en structure de soins de santé et 1 si la femme a accouché à domicile ou ailleurs.

Consultation postnatale : les soins postnataux sont des soins administrés à une mère au cours de la période de six semaines suivant un accouchement (Nankwanga, 2004, p.8). L'OMS recommande qu'une mère reçoive des soins postnataux afin de pouvoir identifier et prendre en charge les problèmes de celle-ci et du nouveau-né et de bénéficier des conseils et des informations sur la planification familiale, la vaccination et l'allaitement.

Les données sur la consultation postnatale sont obtenues à partir des deux questions suivantes : la femme est-elle allée en consultation postnatale après le dernier accouchement ? Combien de temps (en jours) après l'accouchement ? A partir des deux questions, une variable dichotomique a

été construite en distinguant les femmes qui sont venues pour une visite postnatale dans la période de 42 jours après l'accouchement et celles qui sont venues après ou jamais.

3.4.3.2. Variables indépendantes

L'âge de la mère à la grossesse ou à la naissance : selon la littérature, les femmes d'âges extrêmes (moins de 20 ans et plus de 35 ans) sont les plus soumises au risque de morbidité ou mortalité maternelle (Royston and Armstrong, 1990, Ouedraogo *et al.*, 2001). Il est important d'étudier le comportement de santé de ces femmes. Cinq groupes d'âges ont été formés : les moins de 20 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans et les 35 ans et plus. On fait l'hypothèse que, grâce à l'amélioration de la condition des femmes, notamment en matière de scolarisation (Chakraborty *et al.*, 2002), les femmes plus jeunes sont plus ouvertes au monde extérieur et de ce fait, plus favorables aux soins de santé modernes (effet de génération) mais étant donné que les femmes de moins de 20 ans ont des risques spécifiques, les femmes âgées de 20-24 ans ont été choisies comme groupe de référence lors des analyses.

Rang de grossesse ou de naissance (gestité ou parité) : en 2002, l'unité primaire est la grossesse, tandis qu'en 2010 c'est la naissance. Ainsi, on distingue les primigestes (groupe de référence) des multigestes en 2002 et les primipares (groupe de référence) des multipares en 2010.

Etat matrimonial de la femme : au-delà des motifs culturels, la santé de la mère et de son enfant peuvent être victimes des difficultés financières d'une mère vivant seule (célibataire, divorcée, séparée ou veuve). Les femmes de l'échantillon ont donc été groupées en deux catégories, les femmes vivant en union (groupe de référence) et les femmes vivant seules.

Les variables relatives à l'**appartenance religieuse** de la femme et à son **instruction** méritent une attention particulière puisqu'elles sont codées différemment dans chaque milieu de résidence en fonction des données disponibles. En ce qui concerne la religion, la majorité des Burundaises sont chrétiennes. Les non-chrétiennes (musulmanes et autres) représentent seulement 5,1% et 7,6% de l'échantillon respectivement en 2002 et en 2010 (tableau 3.5). L'analyse des données de 2002 montre des situations différentes selon les milieux de résidence. En milieu rural et dans les camps de déplacés, la proportion de musulmanes et autres non-chrétiennes n'est que de 2,6%, tandis qu'en milieu urbain, cette catégorie est bien représentée (34,8% versus 41,4% de catholiques et 23,4% de protestantes)⁶⁰. En revanche, dans les camps de déplacés, les protestantes sont plus nombreuses (39,6%) comparées aux autres milieux. Compte tenu de cette situation, cette variable sera codée différemment dans les différents modèles d'analyse effectués à l'aide des données de 2002. Au niveau national et en milieu urbain, on retiendra trois modalités

⁶⁰Les missionnaires ont réussi à convertir les Burundais à la religion catholique et ont combattu les autres religions (Mvuyekure, 2003). La présence de la population musulmane en ville au détriment des campagnes est expliquée par l'influence de la population étrangère, les Tanzaniens notamment. Ils sont plus présents à Bujumbura et dans les villes frontalières au lac Tanganyika. Les musulmans sont également présents dans certains quartiers des villes secondaires du pays.

(catholiques, protestantes et musulmanes et autres) tandis qu'en milieu rural et dans les camps de déplacés les femmes seront regroupées en deux catégories uniquement : **les catholiques et les autres** (protestantes et musulmanes).

Tableau 3.5 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur religion en 2002 et en 2010 au Burundi (effectifs en %)

Religion de la femme	ESR-SR 2002				EDS de 2010		
	Pays (N=3031)	Rural (N=1178)	Camps (N=1499)	Urbain (N=558)	Pays (N=4960)	Rural (N=44532)	Urbain (N=429)
Catholiques	73,6	77,6	57,6	41,4	61,4	63,0	44,4
Protestantes	21,1	19,6	39,6	23,4	31,0	30,3	39,2
Musulmanes et autres	5,1	2,6	2,6	34,8	7,6	6,7	16,4

Source : ESD-SR de 2002 et EDS de 2010 au Burundi

Contrairement aux données de 2002, les proportions de non-chrétiennes (musulmanes et autres) ne sont pas négligeables en 2010 (7,6% au niveau national, 6,7% en milieu rural et 16,4% en milieu urbain⁶¹), ce qui conduit à retenir trois modalités dans tous les milieux de résidence : **catholiques, protestantes et non-chrétiennes (musulmanes et autres)**.

En 2002, l'analyse de la variable « **niveau instruction de la femme** » reflète la prédominance des catholiques au Burundi (tableau 3.6). En effet, au niveau national, 45,5% de ces femmes déclarent avoir suivi la formation « *yaga Mukama* » (écoles catéchistes). Il s'agit d'une sorte d'enseignement informel organisé par des missions catholiques auprès des enfants qui n'ont pas eu la chance de bénéficier d'une éducation formelle. En plus de la catéchèse, ces enfants apprennent à lire, à écrire et à calculer (se limitant aux quatre opérations) en raison d'une participation d'un ou deux jours par semaine. La formation dure six ans, période pendant laquelle l'enfant doit avoir, normalement, bénéficié de tous les sacrements dits d'initiation à la vie chrétienne (baptême, confirmation et communion). Cependant, en milieu urbain, cette sorte d'enseignement est quasi-inexistante, puisque seulement 3% de femmes déclarent en avoir bénéficié (contre 50,2% en milieu rural et 32,6% des déplacées de guerre).

⁶¹ En milieu urbain, on observe un écart d'estimation des proportions de femmes musulmanes entre 2002 et 2010. Cet écart peut être expliqué par le nombre et la localisation des zones de dénombrement (ZD) entre les deux périodes : 28 ZD dont 26 à Bujumbura Mairie pour l'ESD-SR de 2002 et 75 ZD dont 40 à Bujumbura Mairie pour l'EDS de 2010. En d'autres termes, les quartiers urbains enquêtés en 2002 sont des quartiers à forte concentration de la population musulmane (en dehors de la ville de Bujumbura c'est seulement le quartier de Nyamugari en province de Gitega et Muremera en province de Ngozi qui ont été enquêtés) tandis qu'en 2010, la partie urbaine de chaque province (en dehors de la ville de Bujumbura) est représentée par deux ou trois ZD.

Tableau 3.6 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon leur niveau d’instruction en 2002 et en 2010 au Burundi (effectifs en %)

Niveau d’instruction de la femme	ESD-SR de 2002				EDS de 2010		
	Pays (N=3031)	Rural (N=1178)	Urbain (N=558)	Camps (N=1499)	Pays (N=4960)	Rural (N=44532)	Urbain (N=429)
Sans instruction	21,6	21,6	12,0	34,6	52,7	55,8	19,3
<i>yaga mukama</i>	45,5	50,2	3,5	32,6			
Primaire incomplet	18,9	18,1	25,1	22,7	26,8	27,0	24,7
Primaire complet	8,9	8	19,7	6,7	14,0	13,7	16,7
Secondaire incomplet	2,2	0,9	17,0	1,9	5,7	3,3	30,7
Secondaire complet	2,0	0,7	17,4	0,5	0,2	0,1	1,9
Supérieur	0,6	0,2	5,1	0,3	0,6	0,1	6,7

Source : ESD-SR de 2002 et EDS de 2010 au Burundi

En 2010, cette modalité « *yaga Mukama* » n’est pas identifiable. Par contre, six niveaux d’étude ont été construits : sans instruction, primaire incomplet, primaire complet, secondaire incomplet, secondaire complet et supérieur. Les femmes de niveau supérieur au primaire sont peu nombreuses au niveau national et en milieu rural (6,6% et 3,5% respectivement).

La situation est très différente en milieu urbain où les femmes de niveau d’instruction égal au moins au secondaire représentent 39% de l’échantillon aux deux enquêtes.

Cette diversité de situations oblige une construction des catégories spécifiques à chaque milieu de résidence et à chaque enquête :

- **Sans instruction, formation informelle et primaire et plus** : ces catégories ont été construites au niveau national, en milieu rural et dans les camps de déplacés à partir des données de 2002.
- **Sans instruction, primaire incomplet et primaire complet et plus** : elles ont été construites au niveau national et en milieu rural à partir des données de 2010.
- **Sans instruction, primaire et secondaire et plus** : elles ont été construites en milieu urbain aux deux enquêtes.

Taille du ménage : il est fréquent, dans le contexte africain, de trouver des ménages composés, en plus du noyau familial, de membres de familles au sens élargi, voire d’individus n’ayant aucun lien de parenté. Cette étude s’intéresse à la relation entre la taille du ménage (indépendamment du lien de parenté) et le recours aux soins de santé maternelle.

La taille du ménage a peu changé entre les deux enquêtes. Le nombre moyen de membres par ménage est passé de 4,8 personnes à 4,52 personnes, de 4,7 personnes à 4,45 personnes et de 5,2 personnes à 5 personnes respectivement au niveau national, en milieu rural et en milieu urbain. Le nombre médian se situe autour de 4 personnes par ménage à l’exception des camps de déplacés où il est estimé à 5 membres (en 2002). Ainsi, il a été décidé (arbitrairement) de regrouper les individus en deux groupes (modalités) en se référant à la valeur médiane au niveau national : soit la femme appartient à un ménage comptant quatre personnes au maximum (≤ 4),

soit elle appartient à un ménage de plus de 4 membres (>4) en faisant l'hypothèse que le non-recours aux soins de santé maternelle est plus élevé dans le deuxième groupe.

Tableau 3.7 : Variables indépendantes sélectionnées et leurs modalités selon le milieu de résidence et la période d'observation au Burundi

Variables	ESD-SR de 2002					EDS de 2010			
	Modalités	Pays	Rural	Camps	Urbain	Modalités	Pays	Rural	Urbain
Âge de la femme à la grossesse	< 20 ans	✓	✓	✓	✓	< 20 ans	✓	✓	✓
	20-24 ans (R)	✓	✓	✓	✓	20-24 ans (R)	✓	✓	✓
	25-29 ans	✓	✓	✓	✓	25-29 ans	✓	✓	✓
	30-34 ans	✓	✓	✓	✓	30-34 ans	✓	✓	✓
	34 ans +	✓	✓	✓	✓	34 ans +	✓	✓	✓
Gestité /Parité	Primigeste (R)	✓	✓	✓	✓	Primipare (R)	✓	✓	✓
	Multigeste	✓	✓	✓	✓	Multipare	✓	✓	✓
Etat matrimonial	En union (R)	✓	✓	✓	✓	En union (R)	✓	✓	✓
	Pas en union	✓	✓	✓	✓	Pas en union	✓	✓	✓
Niveau d'instruction de la femme	Sans	✓	✓	✓	Sans	Sans	✓	✓	Sans
	Form. Inform.	✓	✓	✓	Primaire	Prim. incomp	✓	✓	Primaire
	Primaire et + (R)	✓	✓	✓	Sec. et + (R)	Prim. complet + (R)	✓	✓	Sec. et + (R)
Religion de la femme	Catholique (R)	✓	Catho. (R)	Catho. (R)	✓	Catho. (R)	✓	✓	✓
	Protestante	✓	Prot. et autre	Prot. et autre	✓	Prot.	✓	✓	✓
	Musulmane et autre	✓		-	✓	Mus. et autre	✓	✓	✓
Niveau de vie du ménage	Bas	✓	✓	✓	✓	Bas	✓	✓	✓
	Moyen	✓	✓	✓	✓	Moyen	✓	✓	✓
	Elevé (R)	✓	✓	✓	✓	Elevé (R)	✓	✓	✓
Taille du ménage	<= 4 membres (R)	✓	✓	✓	✓	<= 4 membres (R)	✓	✓	✓
	>à 4 membres	✓	✓	✓	✓	>à 4 membres	✓	✓	✓
Période d'installation dans le camp				1993-1998 (R)					
				1996-2004					

R = groupe de référence

Source : Elaboré par l'auteure du travail en se référant à l'ESD-SR de 2002 et à l'EDS de 2010

Niveau de vie du ménage : la mesure du niveau de richesse ou de pauvreté d'un ménage et/ou d'un individu comporte des difficultés en Afrique et les chercheurs sont loin d'être unanimes tant sur les variables à prendre en considération que sur la méthode à utiliser. Certains auteurs choisissent d'utiliser les dépenses pour les biens de consommations car ils estiment que « *les dépenses totales d'un ménage au cours d'une année sont une meilleure mesure de revenu permanent du ménage que le revenu lui-même* » (Kobiané, 2006 citant des auteurs comme Kozel, 1990 ; de Vreyer, 1993 et Ravallion, 1996). Cependant, ces indicateurs ne rendent pas compte du niveau de pauvreté car ils ne sont pas les seuls moyens d'accéder aux ressources (Sossa, 2009). Dans un pays essentiellement agricole (comme au Burundi), les gens peuvent vivre d'une culture d'autosuffisance, la vente de la récolte dépendant des saisons et des conditions climatiques.

A défaut d'informations relatives aux revenus et dépenses de biens de consommation (souvent absentes dans les données d'enquêtes⁶²), plusieurs auteurs ont recouru à un indicateur composite pouvant renseigner sur la capacité économique d'un ménage. Le problème n'est pas pour autant résolu, car les variables à retenir et la méthode statistique à utiliser dépendent à la fois de la disponibilité des données et de la sensibilité des chercheurs. Les variables les plus utilisées, notamment dans les études utilisant les données des EDS, sont des variables relatives aux caractéristiques de l'habitat, au mode de transport et aux biens de confort possédés par le ménage (Kobiané, 2006 ; Emina Be-Ofuriyua, 2005 ; Soura, 2009). D'autres auteurs, en plus de ces variables citées, considèrent la satisfaction des besoins liés à l'instruction (Beninguisse, 2003), la taille du logement et le nombre moyen d'occupants de chaque chambre à coucher, le statut d'occupation du logement (propriétaire, locataire ou don), la présence d'un domestique, etc. (Gwatkin *et al.*, 2007). Pour la construction de l'indicateur de niveau de vie, certains auteurs utilisent l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) et d'autres utilisent l'analyse de composantes principales (Schoumaker, 2001 ; Soura, 2009). C'est cette dernière méthode qui a été utilisée pour estimer le niveau de vie des ménages. En effet, l'analyse de composantes principales (ACP) permet de déterminer, pour chaque ménage, un score en fonction des caractéristiques de son logement et les biens qu'il possède.

Quant aux variables utilisées à partir de l'ESD-SR de 2002 et de l'EDS de 2010, il est possible d'avoir des informations sur le type de logement (murs, toiture, source d'eau, source d'éclairage, toilette à l'intérieur ou extérieur du logement, nombres de pièces du logement), le statut d'occupation du logement (propriétaire ou locataire), le nombre de vaches dont dispose le ménage et si le ménage possède ou non des terres cultivables. Parmi ces variables, les plus discriminantes ont permis de construire un indicateur composite (tableaux 3.12 et 3.13, annexe 3). En effet, si on se limite aux caractéristiques de l'habitat, on constate que les ménages ruraux sont plus représentés dans les groupes de niveau de vie inférieur tandis que la quasi-totalité des ménages urbains se trouve dans la catégorie des plus riches. Le choix de ces variables a été guidé par le souci de caractériser de manière adéquate tous les milieux de résidence. Les variables qui ont servi à construire le proxy de niveau de vie sont les variables relatives au type de toiture du logement, au type de mur, à la source d'eau utilisée par le ménage, à la source d'éclairage, à la possession de terre cultivable suffisante ou non. Les tableaux 3.12 et 3.13 en annexe 3 montrent la répartition des femmes selon ces caractéristiques. Etant donné que certains services publics ne sont pas offerts de la même manière en ville que dans la campagne (eau et électricité par exemple), il est normal qu'on retrouve très peu de ménages ruraux et de camps de déplacés qui ont accès à l'eau du robinet et à l'électricité par exemple. Il est également normal que la quasi-totalité des ménages ruraux disposent de terres cultivables, le pays étant essentiellement agricole. En milieu urbain par contre, rares sont les logements qui ont une toiture en paille, qui ont des murs en bois, qui utilisent l'eau des rivières (ou puits), qui sont sans aucune source d'éclairage ou

⁶²Car les individus sont très réticents à répondre aux questions relatives aux dépenses et revenus

qui sont locataires des terres pour cultiver. Le tableau 3.8 résume les variables utilisées dans la construction du proxy de niveau de vie du ménage selon le milieu de résidence.

Tableau 3.8 : Variables utilisées dans la construction de l'indicateur de niveau de vie selon les enquêtes de 2002 et 2010 réalisées au Burundi

a) Selon l'ESD-SR de 2002

Variable	Modalité	Pays	Rural	Camps	Urbain
Source d'éclairage	Aucune	✓	✓	✓	-
	Lampe	✓	✓	✓	✓
	Electricité	✓	-	-	✓
Source d'eau	rivière	✓	✓	✓	✓
	fontaine	✓	✓	✓	✓
	Robinet	✓	-	-	✓
Murs du logement	En bois	✓	✓	✓	-
	brique adobe	✓	✓	✓	✓
	Matériau dur	✓	-	-	✓
Toiture du logement	Paille	✓	✓	✓	✓
	Tôle	✓	✓	✓	✓
	Tuile	✓	✓	✓	✓
Locataire de terre	Non	✓	✓	✓	-
	Oui	✓	✓	✓	-
	sans terre	✓	-	-	✓
Possession de terre cultivable	a terre mais pas de terre en friche	✓	✓	✓	✓
	a des terres et des terres en friches	✓	✓	✓	✓

b) selon l'EDS de 2010

Variable	Modalité	Pays	Rural	Urbain
Electricité	Non/oui	-	-	✓
Radio	Non/oui	-	-	✓
Télévision	Non/oui	-	-	✓
Frigo	Non/oui	✓	-	✓
Moyen de Déplacement	ped	✓	✓	✓
	vélo	✓	✓	✓
	voiture	-	-	✓
Nature du sol du logement	sol en terre	✓	✓	✓
	ciment/carreau	✓	✓	✓
	Sans/bois	✓	✓	-
Nature des murs du logement	brique adobe	✓	✓	✓
	matériau en dur	✓	✓	✓
	Sans/paille	✓	✓	-
Type de toiture	tôle	✓	✓	✓
	tuile	✓	✓	✓
	non	✓	✓	✓
Possession de terre cultivable	Terre <3 ha	✓	✓	✓
	terre > 3 ha	✓	✓	✓

Source : Tableaux élaboré par l'auteure à partir des données de l'ESD-SR de 2002 et de l'EDS de 2010

A partir du premier score factoriel, les ménages ont été subdivisés en trois classes (terciles) de niveau de vie (bas, moyen et élevé). De nouveau, les femmes urbaines se situent majoritairement dans la classe de niveau de vie élevé. Gwatkin *et al.* (2007) et Sossa (2009) ont fait le même constat dans leurs études faites respectivement au Rwanda et au Bénin. Ils proposent de résoudre le problème en calculant l'indicateur par milieu de résidence. Plus exactement, il s'agit de créer un fichier par milieu de résidence et de recalculer le proxy de niveau de vie (Sossa, 2009). Cette technique nous a permis de construire des classes de niveau de vie plus ou moins équilibrées.

Date d'arrivée dans le camp de déplacés : dans le chapitre 1 de cette étude les différents vagues de migrations forcées ont été décrites. Les migrants sont inégalement répartis sur le territoire. Les données de l'ESD-SR de 2002 permettent de distinguer deux grandes périodes en fonction de l'année d'arrivée dans le camp : les déplacées de la période 1993-1995 (« anciennes déplacées de guerre ») et celles de la période 1996-2001 (« les déplacées récentes »). On fait l'hypothèse que les conditions de vie sont plus précaires chez les déplacées récentes et que leur

accès aux soins de santé est plus difficile comparées aux anciennes déplacées de guerre (voir l'évolution des migrations forcées et la typologie des déplacés de guerre au chapitre 1).

3.4.4. Les méthodes d'analyse quantitative

Les analyses quantitatives seront effectuées, pour chaque phénomène étudié, à la fois à l'aide de statistiques descriptives bivariées et d'analyses multivariées réalisées avec le logiciel SPSS, version 21.

3.4.4.1. L'approche descriptive

Les analyses bivariées vont permettre, d'une part de décrire l'échantillon en mesurant les relations entre chaque variable explicative et chacune des variables dépendantes. D'autre part, elles vont permettre de détecter les variables indépendantes fortement associées entre elles afin d'éviter les problèmes de colinéarité. Toutes les variables sélectionnées pour l'analyse étant des variables catégorielles, c'est la statistique du Khi carré (Khi-deux de Pearson) qui permet de tester l'existence ou pas de relation entre deux variables. Il est obtenu selon la formule (Howell, 2008):

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - A)^2}{A}$$

O représente les effectifs (fréquences) observés et **A** représente les effectifs (fréquences) attendus.

Le test du Khi-deux (χ^2) permet de tester l'hypothèse d'indépendance (l'hypothèse nulle ou H_0) entre deux variables. Le Khi deux permet de décider, sur base des données observées et avec un risque d'erreur défini (5% généralement), d'accepter ou de rejeter l'hypothèse nulle. En cas de rejet, on dira que la relation entre les variables croisées est statistiquement significative. Néanmoins, il ne permet pas de déterminer le sens de la relation si celle-ci existe (Howell, 2008, Masuy-Stroobant et Costa (dir.), 2013).

3.4.4.2. Analyses multivariées

Les analyses multivariées vont permettre de vérifier la première et la deuxième hypothèse (H1 et H2) énoncées dans le chapitre précédent. Les variables dépendantes étant des variables catégorielles, c'est la régression logistique qui sera utilisée, la logistique binaire en cas de variable dichotomique et la logistique multinomiale en cas de variable dépendante ayant plus de deux modalités ($K > 2$).

La régression logistique binaire permettra d'estimer le rapport entre la probabilité qu'une femme utilise ou non les services de soins obstétricaux en fonction de la (des) variable(s) introduite(s) dans le modèle.

Le logit de la probabilité de survenue de l'événement étudié Y est obtenu par l'équation suivante (Menard, 1995) :

$$\text{Logit (Y)} = \ln \{P(Y = 1) / [1 - P(Y = 1)]\} = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

où **Y** est la probabilité d'utiliser les services de santé maternelle, **β_j** les coefficients estimés par le modèle pour chacun des variables **X_j** . Il mesure l'effet de la variable explicative j sur la variable dépendante, α étant l'intercept, c'est-à-dire l'ordonnée à l'origine.

A partir de Logit (Y), on peut obtenir les *Odds* ou cotes de relation de l'événement étudié $P(Y=1) / [1 - P(Y=1)]$ par la formule :

$$\text{Odds (Y=1)} = e^{\text{logit (Y)}} = e^{\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k}$$

Dans le cadre de ce travail, l'interprétation des résultats se basera sur les *Odds Ratio* ou rapports de cotes qui sont obtenus par une transformation exponentielle des coefficients de régression **β** ($OR = \text{Exp}(\beta)$) avec un seuil de signification de 5%. L'*Odds ratio* contient les mêmes informations que le coefficient de régression (Menard, 1995, Rizzi, 2013). Son interprétation est faite par rapport à l'*Odds* de la modalité de référence qui prend la valeur 1. Un OR supérieur à 1 signifie que l'odds de la réalisation de l'événement augmente d'autant et si l'OR est inférieur à un, l'*odds* de la réalisation de l'événement diminue (Rizzi, *op. cit.*).

La régression logistique multinomiale est une généralisation de la régression logistique binaire pour analyser une variable dépendante à plus de deux modalités ($K > 2$). Pour décrire la relation entre la variable dépendante à **K** modalités et chaque variable indépendante, on calcule simultanément **K-1** équations logit, chaque modalité étant comparée à la modalité de référence. Plus concrètement, une modalité de la variable dépendante est choisie comme modalité de référence et l'*odds* d'appartenance à chacune des autres catégories est comparé à l'*odds* d'appartenir au groupe de référence (*cf.* Menard, 1995, Allison, 1999). Afin de pouvoir estimer toutes les comparaisons possibles, il est recommandé de répéter le calcul de la régression multinomiale K-1 fois en changeant chaque fois la modalité de référence (Allison, 1999). Dans le cadre de cette étude, la variable « durée de gestation à la première CPN » étant codée en trois catégories (non-recours, recours précoce et recours tardif) au niveau national, en milieu rural et dans les camps de déplacés pour les données de 2002, il sera question de comparer le non-recours aux soins prénataux avec le recours précoce, le recours tardif avec le recours précoce et le non-recours avec le recours tardif.

3.5. Approche qualitative

L'enquête qualitative réalisée en 2011 fait suite aux résultats des analyses descriptives et multivariées exploratoires effectuées à l'aide des données quantitatives. En effet, ces dernières ne permettent pas de comprendre certains résultats. A titre d'exemple (on y reviendra au chapitre 4), même si le niveau de recours à la CPN est élevé, il est important de comprendre les raisons du non-respect de la norme (CPNs précoces) pour la majorité des femmes. En ce qui concerne le lieu d'accouchement, 39% de femmes accouchent encore à domicile (EDS 2010) malgré la gratuité des soins depuis 2006. D'ailleurs, l'analyse de l'EDS-SR de 2002⁶³ montre que le principal facteur d'accouchement à domicile en 2002 ne serait pas le niveau de pauvreté des populations (même si celui-ci semble de prime abord être un déterminant important), ni le manque de formations sanitaires. D'autres raisons (53% de femmes qui ont accouché à domicile) seraient susceptibles d'expliquer le choix d'un accouchement à domicile⁶⁴.

En ce qui concerne la réalisation d'une visite médicale après l'accouchement, les données de l'EDS-SR de 2002 montrent que les femmes n'en voient pas l'intérêt quels que soient leur niveau d'instruction ou le niveau de vie de leur ménage. Ce sont surtout les femmes sans instructions (84,7%) et les femmes de faible niveau de vie (78,9%) qui déclarent n'avoir consulter durant la période postpartum (*cf.* chapitre 6).

L'enquête qualitative va permettre de vérifier les trois dernières hypothèses (H3, H4, H5) énoncées dans le chapitre 3. Les entretiens approfondis devraient permettre de « disséquer » notamment les modalités « autres raisons » et de saisir les raisons d'un accouchement à domicile par exemple. Ils permettront également de comprendre le manque d'intérêt éprouvé à l'égard des soins postnataux.

3.5.1. Contexte de recueil des données

3.5.1.1. Organisation et déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée du 2 mai au 25 juin 2011 à Bujumbura (capitale du Burundi), pour le milieu urbain, et dans la commune de Bukeye (province Muramvya), pour le milieu rural. Deux camps de déplacés ont été visités, l'un à Bujumbura (ancien site de Kanyosha) et l'autre à Bukeye (site de Nyamirambo).

⁶³ Les raisons de non-recours aux soins de santé maternelle n'ont pas été saisies dans la base de données de 2010

⁶⁴ A la question en rapport avec les raisons d'accouchement en dehors des formations sanitaires, les modalités de réponses prévues dans le questionnaire étaient : soins trop chers, pas de formation sanitaire proche, pas de formation sanitaire adaptée, insécurité et autres. Au cas où l'enquêtée répond « autre », il était prévu de lui demander de préciser sa réponse. Malheureusement, ces réponses n'ont pas été reprises au moment de la saisie des données.

1° Déroulement de l'enquête

Comme il était prévu de mener l'enquête à la fois dans les structures de santé et dans les ménages, il était important de demander l'autorisation de l'autorité compétente afin de pouvoir travailler en toute légalité. Une copie de l'« autorisation de mener une enquête qualitative » se trouve en annexe de ce travail (annexe 3.5).

Les différents thèmes abordés lors de l'entretien avaient été identifiés lors de la revue de littérature. Le guide d'entretien (annexe 3) est structuré autour des thèmes relatifs à la représentation sociale de la maternité, aux motivations du recours ou non aux soins maternels modernes, à la perception des risques liés à la maternité, à la prise de décision en matière de recours aux soins (qui prend la décision ?), à l'appréciation de la qualité des soins et les relations humaines (relations entre personnel médical et patientes) et à la gratuité des soins d'accouchement.

A Bujumbura, l'enquête a été réalisée par une enquêtrice recrutée à cette fin et par l'auteure de la présente étude. Cette enquêtrice a suivi une formation qui s'est déroulée sur six demi-journées. La formation a porté essentiellement sur la méthodologie générale de l'enquête, l'utilisation de la grille d'entretien, les critères de choix de l'échantillon ainsi qu'un plan de collecte des données. Les moyens financiers étant très limités, le travail en milieu rural a été réalisé par l'auteure.

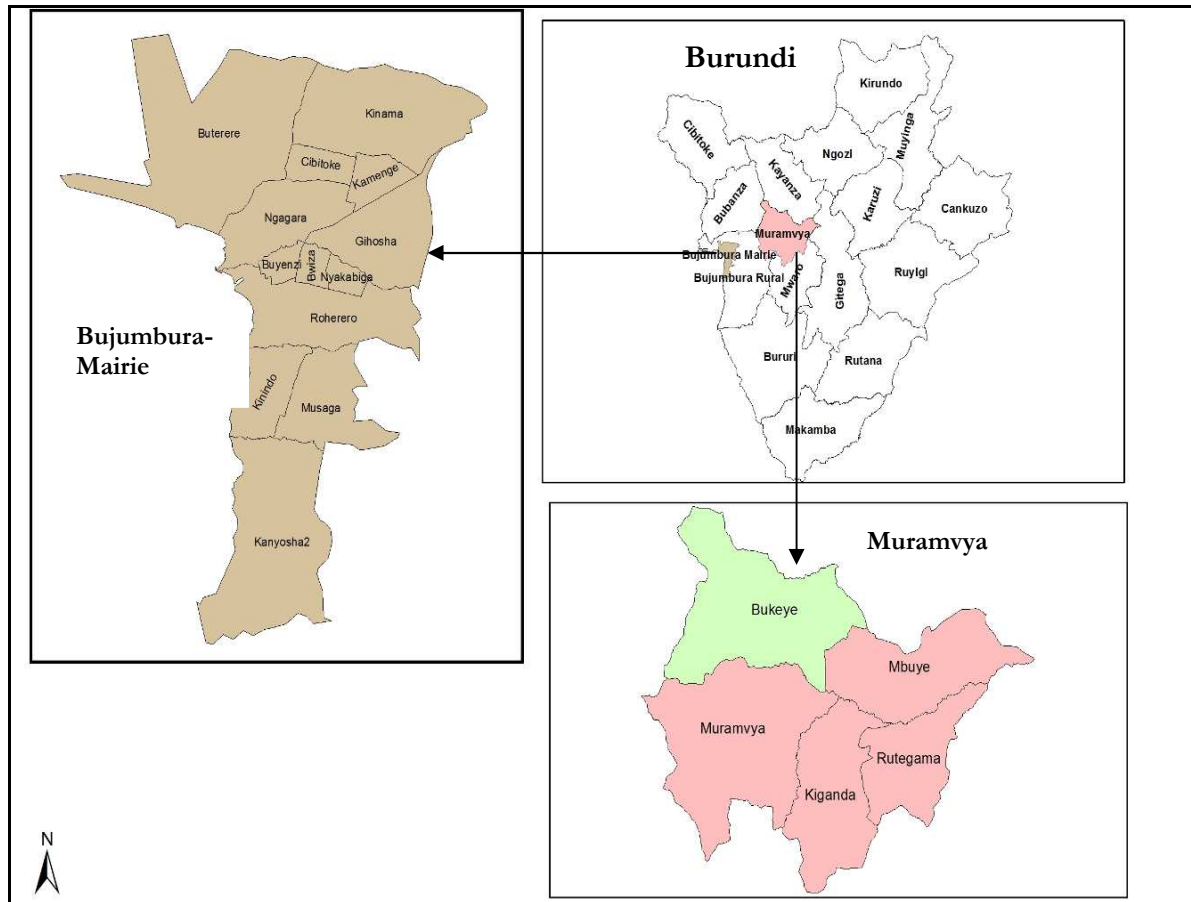
2° Lieux d'enquête

L'échantillon est constitué de femmes urbaines, rurales et de déplacées (ou anciennes déplacées) de guerre. Pour des questions de facilité d'accès, l'échantillon urbain est composé de femmes vivant dans la mairie de Bujumbura uniquement. Afin de pouvoir diversifier cet échantillon, l'enquêtrice et moi avons été dans plusieurs communes de la mairie de Bujumbura : Kanyosha et Musaga (périphérie sud de la ville), Buyenzi, Bwiza et Nyakabiga (au centre de la ville), Kinama et Kamenge (périphérie nord de la capitale). Tous ces quartiers sont des quartiers dits « populaires ». En fait, la répartition de la population de la ville de Bujumbura est marquée par des différenciations sociales et économiques. Ces quartiers « populaires » sont densément peuplés et le secteur informel est prépondérant (petits commerces, petits services) (Burundi, 2012).

En milieu rural, il était difficile d'établir un critère objectif de choix des localités à enquêter. La liste des structures de soins de santé (Centres de santé et hôpitaux) en 2004 et celle des centres de santé qui pratiquaient l'accouchement en 2007 ont aidé à analyser la répartition des structures de soins de santé par province. Le constat est que les provinces de Cankuzo (Est du pays) et de Muramvya (centre du pays) sont celles qui ont le moins de centres de santé, comparées aux autres provinces. Il semble intéressant de comprendre pourquoi, dans un contexte d'insuffisance

d'infrastructures sanitaires, certaines femmes vont recourir aux services de santé maternelle⁶⁵. Le choix s'est porté sur la province de Muramvya, plus proche de Bujumbura comparativement à Cankuzo et la commune de Bukeye a été choisie du fait de la présence d'un camp de déplacés et de la facilité à trouver un hébergement.

Figure 3.5 : Localisation géographique de la mairie de Bujumbura et de la commune de Bukeye



Quant aux déplacées de guerre, c'est le site de déplacés de Nyamirambo, dans la commune Bukeye, qui a été choisi. Ce site est occupé, depuis 1998, par des rescapés des massacres de 1993 qui avaient trouvé refuge au chef-lieu de la commune de Bukeye. En 1998, ces déplacés de guerre ont été obligés de s'installer sur le site de Nyamirambo. Des (anciennes) déplacées de guerre ont été également enquêtées dans la ville de Bujumbura.

⁶⁵ En guise de rappel, les résultats obtenus à l'aide des données ESD-SR de 2002 avaient révélé que, pour une grande parties des répondantes ayant accouché à domicile, ce n'est ni le coût des soins, ni l'inaccessibilité des formations sanitaires qui expliquaient leur choix.

3.5.1.2. Recrutement des femmes à interviewer

Un critère de base permettait de constituer l'échantillon : il fallait que les femmes aient eu au moins deux naissances vivantes dont l'une durant la période allant de 2000 à 2002 et l'autre après mai 2006. Ce critère a été établi dans le souci de (1) maintenir un lien entre les données de 2002 et l'enquête qualitative de 2011 et (2) détecter un éventuel effet de la mesure de gratuité de l'accouchement en vigueur depuis le 1^{er} mai 2006. Etant donné qu'il est difficile aux femmes de comprendre la définition d'une naissance vivante (souvent confondue avec enfant encore vivant), il a été décidé de sélectionner les femmes qui ont au moins deux enfants (encore en vie) qui sont nés durant les périodes ci-dessus précisées.

Les stratégies suivantes ont été envisagées pour recruter les enquêtées :

- ❖ A proximité des structures de santé (pour les femmes qui les utilisent)
- ❖ Le porte à porte en allant de ménage en ménage
- ❖ Par le biais des connaissances
- ❖ Par la méthode boule de neige en se renseignant auprès des interviewés
- ❖ En allant sur les lieux de travail : champs, marchés, etc.

A Bukeye, il a été constaté que les accoucheuses traditionnelles jouent un rôle incontournable dans la prise en charge des mères et des entretiens ont été réalisés avec deux d'entre elles.

Une des limites de l'étude tient au fait que malgré les diverses stratégies de recrutement des femmes, nous avons été tributaires de la volonté des femmes sollicitées (*cf.* critères d'échantillonnage) de participer à l'enquête, ce qui n'a pas permis de diversifier suffisamment les individus selon les caractéristiques qui sont importantes pour l'étude, comme par exemple l'âge et l'état matrimonial.

3.5.2. *Evaluation de la qualité des interviews*

La qualité des informations recueillies est fonction des critères du choix de l'échantillon, du contexte de recueil des données, du rapport entre l'enquêté (e) et l'enquêteur (trice).

3.5.2.1. Critères d'échantillonnage

Les critères de sélection ne sont pas sans conséquence sur la qualité des données recueillies. La femme pouvait déclarer soit l'année de naissance de l'enfant, soit son âge ou les deux. Pendant l'enquête, force fut de constater que les femmes peu (ou pas) instruites déclarent rarement l'année de naissance de l'enfant. Du fait de l'attraction des âges ronds, un enfant né en 2002 est âgé de 9 ans en 2011 mais sa mère aura tendance à déclarer qu'il a 10 ans. Dans ce cas, cet enfant ne remplit plus le critère de sélection de l'échantillon. C'est dans le souci de « récupérer » ces enfants

« vieillis » par leurs mères que les naissances ayant eu lieu entre 2000 et 2002 ont été incluses dans l'échantillon. Malgré ces précautions, sept enfants de l'échantillon n'ont pas rempli le critère d'âge (2 en milieu rural et 5 en milieu urbain). En fait, ces enfants avaient 8 ans au lieu des 9 ans déclarés par leurs mères. C'est au cours de l'entretien, à l'aide des questions précises que ce constat a été fait. Si on pose l'hypothèse que les facteurs de recours aux soins de santé maternelle n'ont pas changé entre 2002 et 2003, inclure ces enfants dans l'échantillon ne remet pas en cause la qualité des informations recueillies.

La limite d'âges des enfants nés après 2006 n'étant pas fixée, l'enquêtrice et moi avons préféré enquêter sur les plus jeunes pour éviter d'inclure les enfants de 5 ans mais nés avant la mesure de la gratuité de l'accouchement (les enfants nés avant mai 2006). Par conséquent, les écarts d'âges entre les deux naissances étudiées sont importants. Ils varient entre 4 et 11 ans (7 ans d'écart en moyenne). Par ailleurs, des informations sur toutes les naissances ont été souvent collectées car cela permettait de connaître l'entièreté de l'histoire génésique de la femme.

Certaines informations recherchées datent de plus de 10 ans. Il y a un risque d'omission (volontaire ou involontaire), de confusion (des naissances rapprochées) et de datation des événements (durée de grossesse à la CPN par exemple). La mémoire est sélective, les événements douloureux sont parfois oubliés ou la personne refuse volontairement de les évoquer (exemple, complications pendant l'accouchement).

Des erreurs d'observation peuvent être également constatées. La différence de formation et d'intérêt entre l'enquêtrice engagée et moi peut influencer la qualité des informations collectées. A titre d'exemple, l'appréciation de détails qui méritaient d'être creusés davantage (par des questions de relance) n'était pas la même entre les enquêtrices.

3.5.2.2. Relation enquêtée/enquêtrice

Les principes classiques des entretiens ont été respectés (garantir l'anonymat et la confidentialité, laisser l'enquêtée s'exprimer librement, relance des questions, être attentive au discours de l'enquêtée, empathie, etc.). Dans certains cas, les femmes refusaient de se faire enregistrer. Dans d'autres, elles acceptaient mais on sentait une certaine auto-censure, un changement de ton et il fallait donc expliquer que l'enregistreur permettait de conserver l'information car nous réalisons plusieurs entretiens⁶⁶.

En principe, les Burundais ne parlent qu'une seule langue, le « kirundi ». Le français est une langue officielle (administrative). Bujumbura étant une ville cosmopolite, la composition sociale des quartiers populaires est à l'image de l'histoire du peuplement de la ville. Depuis 1930, les quartiers de Bwiza et Buyenzi sont peuplés par des populations swahiliphones, les Congolais et

⁶⁶ Avec la prolifération des media privés et l'amélioration du droit d'expression de ceux-ci, certaines personnes sont réticentes à donner des informations qui risquent d'être divulguées sur la voie des ondes.

les Tanzaniens, principales sources de main d'œuvre de la ville (Burundi, 2012). Suite à l'agrandissement de la ville et des migrations à l'intérieur de la ville, le kiswahili est la langue couramment parlée dans les autres quartiers populaires, ceux de la périphérie nord notamment (Kinama, Kamenge, Buterere, Cibitoke).

Durant l'enquête, les femmes étaient autorisées à répondre dans la langue de leur choix (kirundi, kiswahili ou français). Certaines swahiliphones se forçaient à répondre en kirundi⁶⁷ (car la grille était rédigée en kirundi) malgré les relances en kiswahili pour leur montrer que nous comprenions cette langue. Ainsi, il a été observé que certaines enquêtées avaient, parfois, des difficultés à exprimer leurs opinions à cause de la barrière linguistique.

Malgré les techniques de rapprochement adoptées (accepter de s'asseoir sur un morceau de bois ou par terre au milieu du champ, prendre un enfant dans ses bras ou le taquiner, etc.), il est difficile de passer inaperçu, en milieu rural surtout. « *Si subtiles que soient les tentatives de neutralisation, de dissimulation ou d'identification de l'enquêteur, les indices de la valeur sociale de chacun et leurs évaluations mutuelles sont transmis au moyen de messages plus ou moins discrets mais toujours perçus.* » (Mauger, 1991, p. 131). A Bukeye, certaines femmes nous demandaient d'où nous venions dans une tentative plus ou moins implicite de mieux connaître l'enquêtrice. Toute enquête, en effet, assigne une place à l'enquêtrice dans la représentation de l'espace social de l'enquêtée et oriente, sans nécessairement s'en rendre compte, le comportement de l'enquêtée envers l'enquêtrice (Mauger, 1991, p.133).

Certaines femmes se sentaient évaluées. Des réactions telles que « moi je n'ai pas fait des études, je ne suis pas en mesure de répondre à vos questions » ont été observées chez certaines femmes non instruites ou de faible niveau d'études. En face d'une femme de niveau d'études plus élevé que le sien, l'individu se sent « *doublement dominé, culturellement et économiquement* » (Mauger, 1991, p.134). L'enquêtrice, femme instruite, qui vient de la capitale (symbole de la modernité) est le reflet des clivages sociaux existants, plus accentués en milieu rural. A Bukeye, certaines femmes mentionnaient, au cours de l'entretien, qu'au centre de santé, les femmes fonctionnaires (instruites) sont servies en premier lieu sous prétexte qu'elles doivent aller au travail, « *comme si les autres n'ont rien à faire* » (Constance, Bukeye, 35 ans, primaire comp., 6 grossesses).

Le statut de l'enquêtrice a influencé les entretiens. Les enquêtées ne voulaient pas, sans doute, se faire juger, elles avaient des difficultés à dénoncer le système de santé qui, probablement, ne répond pas à leurs attentes. A travers les entretiens, on pressentait, chez les enquêtées, une volonté d'adopter le discours dominant véhiculé par les agents de santé et les médias.

En conclusion, les difficultés rencontrées au cours de l'enquête étaient de trois ordres. Certaines sont d'ordre administratif, d'autres sont liées à la réalisation de l'enquête.

⁶⁷ En fait, la population rurale ou issue du milieu rural (y compris les intellectuels) a pendant longtemps stigmatisé le kiswahili qu'elle considère non seulement comme une langue des étrangers mais aussi « de voyous ». La population swahiliphone est consciente de ces clivages d'où un effort, de leur part, de s'exprimer en kirundi quand elle est en face de quelqu'un qui incarne l'autorité.

Au niveau administratif, les difficultés suivantes sont à relever :

- ✓ Incompréhension de la part des autorités administratives : la nécessité d'obtenir une autorisation officielle pour mener l'enquête a suscité un retard important en grande partie parce que le cabinet du Ministre de la Santé Publique ne comprenait pas que ce type de recherche soit menée par une personne qui n'était pas dans le domaine de la santé. Le dossier a dû être envoyé au Programme National de Santé et cette autorisation a été obtenue grâce à un rendez-vous avec le directeur général du PNSR et cela après deux semaines.
- ✓ Lenteur administrative : pour obtenir l'autorisation de mener une enquête dans un centre de santé (alors que nous disposions de l'autorisation de l'autorité hiérarchique), il fallait en moyenne 2 jours : soit le (la) responsable était occupé(e), soit il (elle) était absent(e), soit il (elle) refusait de nous recevoir, etc.

Difficultés liées à l'enquête :

- ✓ critères de sélection de l'échantillon : il n'était pas facile de trouver une femme mère à la fois d'un enfant âgé de 9-11 ans et d'un autre de moins de 5 ans. Ce critère de sélection a conduit à une homogénéité de l'échantillon pour certaines caractéristiques : en effet la quasi-totalité des femmes enquêtées sont de grandes multipares vivant en union. Concernant le niveau d'instruction, il eut été préférable d'établir un équilibre instruites/non-instruites, mais il y a très peu de femmes instruites en milieu rural (et presque aucune dans les camps de déplacés). Les rares femmes instruites en milieu rural sont de jeunes fonctionnaires ne remplissant pas les critères de sélection. Toutefois, cet équilibre n'était pas indispensable dans la mesure où les femmes instruites interviewées avaient presque le même comportement de santé qu'elles soient en milieu rural ou en milieu urbain.
- ✓ l'environnement de travail : la quasi-totalité des entretiens ont été souvent interrompus car les enquêtées étaient souvent sollicitées (par un enfant, son conjoint, un visiteur, etc.). Il eut été préférable de conduire l'entretien le soir, mais du fait du manque d'électricité et de l'insécurité, les personnes préféraient rentrer tôt chez elles.
- ✓ refus de répondre aux questions ou autocensure : pensant avoir affaire à une journaliste ou un agent du gouvernement, certaines femmes refusaient de se faire enregistrer et d'autres, par prudence, décidaient de calibrer leurs réponses : dire ce qui paraissait le plus conforme à la norme, et surtout ne pas critiquer le personnel des services de santé. Il est important de souligner que les déplacées de guerre furent les plus réticentes à être enquêtées. En effet, certaines déplacées sont dans des camps depuis 1993 et depuis lors, les enquêtes se succèdent, souvent avec presque les mêmes questions. Beaucoup d'études

d'ONG ou d'autres organisations ont été effectuées auprès de cette population, beaucoup de promesses ont été formulées mais très peu ont été réalisées.

Au total 60 interviews ont été menés et 53 ont été retenus, soit 21 en milieu urbain, 21 en milieu rural et 11 chez les déplacées ou anciennes déplacées de guerre (5 à Bujumbura et 6 dans le site de Nyamirambo). Deux accoucheuses traditionnelles ont également été rencontrées à Bukeye dans le but de comprendre davantage les motifs des accouchements à domicile.

3.5.3. Méthodes d'analyse qualitative

« L'analyse de données est un processus qui consiste à ordonner, structurer et donner un sens à une masse de données collectées » (de Loenzien, 2006, p. 107). L'objectif de cette étude étant de comprendre les motivations et les liens qui existeraient entre le contexte socio-culturel et les comportements de santé, c'est l'analyse de contenu qui a été privilégiée. En effet, « l'analyse du contenu est l'analyse de ce qui peut s'exprimer dans les textes ou les discours. C'est l'étude du « sens » ou des « manières de voir les choses », des types ou des systèmes de perception » (Yana, 2006, p.134). Elle permet de mettre en exergue les systèmes de représentation contenus dans les discours en dégagant les sens de ces derniers (Blanchet et Gotman, 1992, p.92).

Dans l'analyse du contenu, on distingue deux types d'analyses : l'analyse par entretien et l'analyse thématique. Selon Blanchet et Gotman (1992, p.96), « l'analyse par entretien repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse du processus (...) que l'on veut analyser » tandis que dans l'analyse thématique, ce qui importe n'est pas la cohérence singulière de chaque entretien mais plutôt une analyse transversale autour d'un thème. Notre choix porte donc sur ce deuxième type d'analyse.

• Réduction de l'information

Il s'agit de réduire la masse de données récoltées sur le terrain. « La réduction (...) consiste à élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données de telle sorte qu'on puisse en tirer des conclusions « finales » et les vérifier » (de Loenzien, 2006).

❖ Le codage

Après la transcription des entretiens, ceux-ci ont été lus à plusieurs reprises. Ces lectures ont permis, dans un premier temps, d'avoir une idée générale du contenu de chaque interview, d'analyser la fiabilité des informations récoltées et leur utilisation (Creswell, 2009). Dans un deuxième temps, le matériau a été codé. Il s'agit d'accorder un code (ou concept) résumant l'information contenue dans une phrase, un paragraphe ou un extrait du texte. Par définition, le code est l'unité de sens la plus petite. Certains codes ou concepts étaient définis en référence à la grille d'entretien, d'autres ont été élaborés au fur et à mesure de la lecture des entretiens (par exemple, une idée nouvelle, un comportement inattendu).

❖ Présentation et analyse des données

Selon de Loenzien (2006) la présentation des données consiste à rassembler les informations dans un format qui permet de les visualiser. Dans le cadre de cette étude, des tableaux (format Excel, exemple : tableau 3.14a et 3.14b en annexe 3) ont permis de classer les passages (phrases ou extraits) dans la colonne correspondant au code (concept). Concrètement, quatre tableaux ont été utilisés pour rassembler l'information : un premier tableau reprenant les caractéristiques des enquêtées (âge, état matrimonial, lieu de résidence, gestité, etc.), un tableau contenant des informations relatives à l'opinion de chaque femme enquêtée : représentation des soins de santé maternelle, leur appréciation de l'attitude des soignants, le rôle de l'entourage. Puis, un tableau pour chacune des deux naissances vivantes faisant l'objet d'étude⁶⁸ a été construit. Dans ces deux tableaux, les enfants nés-vivants (en ligne) sont croisés aux codes (en colonnes) relatifs au vécu et au parcours thérapeutique de sa mère, de la conception jusqu'à la première visite médicale après la naissance de l'enfant concerné. Les cellules correspondantes contiennent des informations sous forme d'extrait ou résumé du passage. Puis un quatrième tableau contenant des informations relatives à l'opinion de chaque femme enquêtée : représentation des soins de santé maternelle, leur appréciation de l'attitude des soignants, le rôle de l'entourage.

Un deuxième regroupement des informations dans des tableaux a permis de classer les unités de sens (codes ou concepts) en catégories thématiques. A leur tour ces catégories ont été regroupées autour de cinq thèmes centraux : les caractéristiques individuelles des interviewées, le recours à la CPN, le lieu d'accouchement, la consultation postnatale et les perceptions des enquêtées. A l'intérieur des thèmes centraux, des sous-thèmes se sont dégagés (hiérarchisation des thèmes).

L'avantage de cette méthode de regroupement des informations est qu'elle permet, d'une manière permanente, une lecture à la fois horizontale (niveau individuel) et verticale (au niveau de la catégorie). Il est aisé de repérer, d'un entretien à l'autre, les comportements récurrents, les idées et/ou les contradictions récurrentes.

L'interprétation des résultats se fera en deux temps : d'abord, l'interprétation se basera sur les déclarations des enquêtées uniquement. Les citations les plus représentatives seront présentées dans le texte. Ensuite, à la fin de chaque section relative à un thème central, une analyse critique sera faite et une discussion des résultats sera réalisée.

3.5.4. Caractéristiques des femmes interviewées

Parmi les 53 femmes interviewées, 26 femmes (dont 5 vivant dans un site de déplacés de guerre) ont été interviewées à Bujumbura, 27 femmes (dont 6 du site de déplacés de Nyamirambo en commune Bukeye) ont été rencontrées dans la commune Bukeye. De plus, deux AT de Bukeye

⁶⁸ L'échantillon d'étude était composé de femmes ayant déjà eu au moins deux naissances vivantes dont l'une en 2000-2002 et l'autre après mai 2006.

ont été interrogées. Le tableau 3.9 représente les caractéristiques de chaque femme au moment de l'enquête.

- *Âge de la femme* : d'une manière générale, l'âge des femmes au moment de l'enquête varie de 25 ans à 51 ans. Chez les informatrices non déplacées de guerre rencontrées dans les quartiers de Bujumbura, l'âge varie de 25 ans à 42 ans et l'âge des cinq déplacées de guerre varie de 28 à 43 ans. L'âge des femmes rencontrées à Bukeye varie de 27 ans à 51 ans. Pour les déplacées de guerre, la plus jeune avait 31 ans et la plus âgée a 40 ans.
- *Nombre de grossesses et nombre d'enfants vivants par femme* : globalement, les informatrices ont déjà eu entre 2 et 11 grossesses au moment de l'enquête⁶⁹. Quant aux enfants encore en vie issus de ces grossesses⁷⁰, leur nombre varie de 2 enfants à 9 enfants. Ces fourchettes varient peu entre les milieux de résidence (voir les deux dernières colonnes du tableau 3.9).
- *Niveau d'instruction* : sur l'ensemble des informatrices, trois femmes de Bujumbura (dont une dans le site des déplacés de Kanyosha) seulement ont déclaré ne pas être allée à l'école. Dix femmes ont suivi l'école catéchique « *Yaga Mukama* » (2 urbaines, 6 rurales et 2 vivant dans le site de déplacés de Nyamirambo à Bukeye). Six femmes (dont 3 urbaines et 3 rurales) n'ont pas terminé l'école primaire tandis que 17 des femmes interviewées ont un niveau d'études égal au primaire complet (7 urbaines dont 2 vivant dans le site de Kanyosha, 10 rurales dont 2 vivant dans le site de Nyamirambo). Quant au niveau secondaire, au total 7 femmes ont un niveau secondaire incomplet (4 urbaines dont une déplacée de guerre et 3 rurales dont une déplacée de guerre) et 9 femmes ont un niveau secondaire complet (6 urbaines, 3 rurales dont 1 déplacée de Nyamirambo). Une femme seulement, rencontrée à Bujumbura, a un niveau d'instruction supérieur.
- *Etat matrimonial des mères à la naissance de x_1 et x_2* ⁷¹ : toutes les femmes interviewées ont déclaré être en union au moment de l'entretien, sauf une femme rencontrée à Bukeye⁷². Celle-ci n'a jamais vécu en union. Cependant, sept femmes, ont changé de statut matrimonial au cours de leur histoire génésique (entre les naissances de x_1 et x_2). Pour trois d'entre elles rencontrées à Bujumbura (dont une déplacée de guerre), leurs deux enfants sont issus de deux unions différentes tandis que les quatre autres (3 urbaines et 1 du site de Nyamirambo) étaient célibataires à la naissance de x_1 mais en union à la naissance de x_2 . Après la naissance de x_1 , soit la maman se met en union avec le père de l'enfant, soit elle est se met en union avec un autre homme, le père de x_2 .

⁶⁹ Rappelons que le critère de sélection de base était le fait d'avoir eu au moins deux naissances ;

⁷⁰ Au départ, l'idée était de poser des questions sur les naissances vivantes que la femme avait eues. Mais compte tenu du fait que j'ai remarqué que bon nombre de femmes omettent (volontairement ou pas) les grossesses qui ne sont pas arrivées à terme, j'ai préféré remplacer « enfant né vivant » par enfant encore en vie au moment de l'enquête.

⁷¹ x_1 et x_2 sont les grossesses sélectionnées pour l'étude.

⁷² Ce qui nous intéresse ici ce n'est pas l'état-civil de la femme mais le fait qu'elle vive, d'une façon permanente, avec son partenaire.

Tableau 3.9 : Liste des femmes enquêtées et leurs caractéristiques au moment de l'enquête qualitative de 2011 au Burundi

Pseudonyme de la femme	Âge	Lieu de naissance	Etat matrimonial	Niveau d'instruction	Nombre de grossesses	Nombre d'enfants vivants
MILIEU URBAIN						
Alice	30	Bukeye (Muramvya)	En union	primaire complet	7	5
Anne	25	Kanyosha (Bujumbura-M)	En union	secondaire incomplet	2	2
Marie	36	Kamenge (Bujumbura-M)	En union	primaire incomplet	6	4
Chantal		Kamenge (Bujumbura-M)	En union	sans	6	5
Dorine	28	Gashikanwa (Ngozi)	En union	secondaire complet	3	3
Espérance	32	Ngozi (Ngozi)	En union	secondaire complet	3	3
Francine	28	Kamenge (Bujumbura-M)	En union	primaire complet	3 dont une gémellaire	4
Gloriose	30	Kamenge (Bujumbura-M)	En union	primaire complet	5	5
Goreth	39	Ndava (Cibitoke)	En union	primaire complet	9	8
Gaudence	35	Muramvya (Muramvya)	En union	école catéchistique	5	3
Fatou	27	Kigali (Rwanda)	En union	primaire complet	3	3
Jacqueline	39	Kamenge (Bujumbura-M)	En union	primaire incomplet	10	4
Mariam	30	Mutaho (Gitega)	En union	sans	5	4
Divine	26	Muramvya (Muramvya)	En union	primaire incomplet	4	4
Joëlle	34	Rugombo (Cibitoke)	En union	secondaire incomplet	5	5
Claudine	42	Kamenge (Bujumbura-M)	En union	secondaire incomplet	4	3
Nadège	29	Nyamugari (Gitega)	En union	secondaire complet	2	2
Mamerte	34	Karusi	En union	supérieur	3	3
Emma	35	Mwaro	En union	secondaire complet	4	4
Joséphine	30	Nyakabiga (Bujumbura-M)	En union	secondaire complet	2	2
Jeanine	31	Kigali (Rwanda)	En union	secondaire complet	4	4
MILIEU RURAL						
Zidora	39	Bukeye (Muramvya)	En union	primaire incomplet	6	6
Aline	36	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire complet	5	4
Judith	35	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire complet	7	5
Claire	51	Bukeye (Muramvya)	en union	école catéchistique	10	9

Pauline	36	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire complet	5	5
Isabelle	34	Bukeye (Muramvya)	en union	école catéchistique	7	6
Domitille	35	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire incomplet	6	5
Irangabiye	38	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire complet	7	5
Jeanne	43	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire incomplet	10	9
Kankindi	29	Bukeye (Muramvya)	en union	secondaire incomplet	3	3
Liliane	29	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire incomplet	7	4
Lydia	33	Bukeye (Muramvya)	en union	secondaire complet	4	4
Chara	39	Bukeye (Muramvya)	en union	école catéchistique	8	7
Dalia	29	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire complet	5	3
Constance	35	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire complet	6	4
Micheline	28	Bukeye (Muramvya)	en union	primaire complet	5	4
Evangeline	27	Tanzanie	en union	primaire complet	5	3
Marceline	36	Bukeye (Muramvya)	célibataire	école catéchistique	7	4
Monique	29	Bukeye (Muramvya)	en union	école catéchistique	5	5
Francine	36	Kirundo	en union	secondaire complet	4	4
Nsenga	37	Gitega	en union	primaire complet	7	6
DEPLACÉES OU ANCIENNES DEPLACÉES DE GUERRE						
A Bujumbura						
Evelyne	28	Kamenge (Bujumbura-M)	en union	secondaire incomplet	3 dont une gémellaire	4
Crescence	43	Buganda (Cibitoke)	en union	primaire complet	11	7
Claudete	31	Muramvya	en union	Sans	4	3 (enceinte au moment de l'interview)
Rénilde	31	Karusi	en union	primaire complet	2	2
Laetitia	37	Muzinda (Bubanza)	en union polygame	primaire incomplet	7	5
Au site de Nyamirambo (Bukeye)						
Rachel	39	Rusarendu	en union	école catéchistique	6	5
Nadia	40	Matongo (Kayanza)	en union	école catéchistique	6	4
Dévote	35	Nyamirambo (Muramvya)	en union	secondaire complet	5	5
Sophie	35	Burarana (Muramvya)	en union	primaire complet	6	5
Yolande	31	Burarana (Muramvya)	en union	primaire complet	5	5
Zoena	35	Rango (Kayanza)	en union	secondaire incomplet	5	4

Source : Elaboré par l'auteure à partir des données de l'enquête qualitative de 2011

- *Lieu de résidence de la femme à la naissance de x_1 et x_2* : la quasi-totalité des femmes rencontrées à Bukeye (y compris celles rencontrées dans le site de Nyamirambo) n'ont pas changé de lieu de résidence entre les naissances de x_1 et x_2 à l'exception de deux enseignantes qui ont changé de province de résidence. En revanche, plus de la moitié des femmes rencontrées à Bujumbura ont soit changé de province et migré vers la capitale, soit changé de quartier à l'intérieur de la ville. Deux principales raisons (peut-être pas les seules) expliquent ce changement de lieu de résidence des femmes urbaines :1) la femme qui travaillait ou dont le mari travaillait dans une province et qui déménage pour des raisons de travail, 2) la location du logement, rares étant les personnes qui sont propriétaires de leur logement en ville.
- *Recours à la CPN*: toutes les femmes interviewées ont déclaré avoir fait suivre leurs grossesses à l'exception d'une seule qui, au moment où elle était enceinte de son premier enfant, combattait du côté des rebelles et ne pouvait pas se rendre dans une formation sanitaire, car elle craignait pour sa sécurité. L'information sur la date de la première CPN révèle que celle-ci intervient entre le premier et le 7^{ème} mois de grossesse pour les femmes rencontrées à Bujumbura et pour les (ex)déplacées de guerre et entre le 1^{er} et le 8^{ème} mois de grossesse pour les femmes interviewées dans les ménages de Bukeye. Les motifs de la CPN tardive sont présentés dans le chapitre 4. Le nombre de CPN au cours d'une grossesse varie selon la durée de la grossesse à la première CPN. Plus la CPN est précoce, plus le nombre de CPN au cours de la grossesse est élevé.
- *Le lieu d'accouchement*: si toutes les femmes enquêtées (sauf une) ont déclaré avoir fait au moins une CPN au cours de chaque grossesse, toutes n'ont pas accouché, cependant, dans une formation sanitaire. Parmi les femmes rencontrées à Bujumbura, six ont accouché à domicile un des deux enfants ayant fait objet de l'étude. Pour cinq d'entre elles, les motifs de naissance à domicile de leur premier enfant était soit l'insécurité, soit l'incapacité à payer les frais de santé. Pour la sixième, rencontrée à Kamenge (quartier de la périphérie nord de la ville de Bujumbura), ses trois naissances ont eu lieu à domicile assistées par sa maman, matrone dans un des hôpitaux publics de la ville.

La situation des femmes déplacées de guerre du site de Nyamirambo est particulière. En effet, durant les années de guerre, leur centre de santé n'était fonctionnel que le matin, les autres centres de santé soi-disant proches étaient à Bukeye (à 6 km) ou à Banga (à 4 km). Certaines femmes étaient obligées d'accoucher à domicile, d'autres se déplaçaient vers le centre de santé et arrivaient ou non à temps. La situation a évolué depuis la réouverture du centre de santé de Nyamirambo (en 2003): toutes les femmes interviewées accouchent désormais au centre de santé.

La situation est différente chez les femmes rencontrées dans les ménages de Bukeye. La plupart d'entre elles sont de grandes multigestes (déjà eu plus de 4 grossesses) et la plupart

de leurs naissances ont eu lieu à domicile. Plus de 10 femmes ont eu toutes leurs naissances à domicile. Les raisons de ce comportement seront explicitées dans le chapitre 5.

- *Consultation postnatale* : si on demande à la femme si elle a consulté un professionnel de la santé après son accouchement, la réponse est spontanée pour la plupart : « *kandi ataco ngwaye* ! » (« alors que je ne souffre pas ! » ou « alors que je ne suis pas malade ! »). Seulement 16 femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé après l'accouchement. Parmi elles, 10 n'avaient aucun souci de santé. Autant les femmes (rencontrées) sont conscientes de l'intérêt des CPN et des avantages d'un accouchement dans une structure de santé (y compris celles qui accouchent à domicile) ; autant elles (y compris les plus instruites) ne voient aucun intérêt à aller consulter un soignant après un accouchement normal. Ce point sera abordé au chapitre 6.

Tableau 3.10 : Synthèse des caractéristiques des mères à chaque naissance étudiée (x_1 et x_2)

Pseudonyme de la femme		Gestité	Date de naissance de l'enfant	Etat matrimonial de la mère	lieu de résidence	Profession de la mère	Durée à la 1ère CPN (en mois)	lieu d'accouchement	Consultation post-natale
MILIEU URBAIN									
Alice	x_1	1	2001	1 ^{ère} union	Buyenzi	Vendeuse	5	Domicile	Oui
	x_2	7	2010	2 ^{ème} union	Kamenge	Cultivatrice	4	CS	Non
Anne	x_1	1	2003	en union	Kanyosha	Commerce	4	Hôpital	Non
	x_2	2	2009	en union	Kamenge		4	CS	Non
Marie	x_1		2001	en union	Kamenge	Sans	-	Hôpital	Non
	x_2		2006	en union	Kinama	Sans	4	CS	Oui
Chantal	x_1	2	2001	en union	Kamenge	Sans	-	Domicile	Oui
	x_2	?	2009	en union	Kamenge	Sans	4	CS	Non
Dorine	x_1	1	2002	en union	Jabe	Elève	3	Clinique PLR	Oui
	x_2	2	2008	en union	Nyakabiga	Agent de poste	3	Clinique PLR	Oui
Espérance	x_1	2	2002	en union	Muyinga	Enseignante	3	Hôpital	Oui
	x_2	3	2006	union	Muyinga	Enseignante	4	Hôpital	Oui
Francine	x_1	1	2002	célibataire	Kamenge	Sans	3	Domicile	Non
	x_2	3	2010	en union	Kamenge	Sans	3	Domicile	Non
Gloriose	x_1	5	2003	en union	Kinama	Sans	6	CS	Non
	x_2	6	2009	en union	Carama	Commerce	6	CS privé	Non
Goreth	x_1	7	2002	union	Mutimbuzi	Cultivatrice	4	CS	Non
	x_2	9	2009	union	Rukaramu	Cultivatrice	4	CS	Non
Gaudence	x_1	2	2002	1 ^{ère} union	Buterere	Cultivatrice	7	Domicile	Non
	x_2	5	2010	2 ^{ème} union	Buterere	Cultivatrice	7	CS	Non
Fatou	x_1	1	2002	union	Kigali	Commerce	3	CHU	Non
	x_2	3	2010	union	Bwiza	Commerce	3	HPRC	Non
Mariam	x_1	3	2001	en union	Kinama	Cultivatrice + Commerce	6	CS privé	Non
	x_2	4	2006	en union	Kinama	Cultivatrice + Commerce	6	Domicile	Oui
Jacqueline	x_1	1	2000	en union	Kayanza	Cultivatrice	4	CS	Non
	x_2	5	2008	en union	Bujumbura	Commerce	3	Clinique PLR	Non
Divine	x_1	1	2002	en union	Kanyosha	Commerce	3	CS	Oui

	x ₂	4	2010	en union	Kanyosha	Commerce	2	Clinique PLR	Oui
Joëlle	x ₁	3	2002	en union	Rugombo	Commerce	4	CS	Non
	x ₂	5	2006	en union	Cibitoke-Bujumbura	Commerce	4	CHU	Non
Claudine	x ₁	2	2000	en union	Kinama	Commerce	5	CS privé	
	x ₂	4	2011	en union	Kinama	Commerce	5	CHU	
Nadège	x ₁	1	2003	célibataire	Gitega	Elève stagiaire	3	Hôpital	Non
	x ₂	2	2011	en union	Gitega	Infirmière	2	Hôpital	Non
Mamerte	x ₁	1	2002	célibataire	Ngozi	Etudiante	3	HPRC	Non
	x ₂	3	2010	en union	Musaga	Fonctionnaire	1	CPLR	Oui
Emma	x ₁	1	2003	en union	Jabe	Travail	2	CPLR	Oui
	x ₂	4	2011	en union	Jabe	Travail	1	Hôp. BUMELEC	Oui
Joséphine	x ₁	1	2001	en union	Musaga	Elève	3	HPRC	Non
	x ₂	2	2008	en union	Jabe	Secrétaire	3	CPLR	Non
Jeanine	x ₁	2	2001	en union	Kigali	Commerce	-	???	Non
	x ₂	3	- de 5 ans	en union	Kigali	Commerce	4	???	Non
Zidora	x ₁	3	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	5	CS	Non
	x ₂	6	2010	en union	Bukeye	Cultivatrice	7	CS	Non
Aline	x ₁	1	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	2	CS	Non
	x ₂	5	2011	en union	Bukeye	Cultivatrice	3	CS	Non

MILIEU RURAL

Judith	x ₁	3	2001	en union	Bukeye	Cultivatrice	8	Domicile	Non
	x ₂	6	2007	en union	Bukeye	Cultivatrice	8	Domicile	Non
Claire	x ₁	6	2000	en union	Bukeye	Cultivatrice	6	Domicile	Non
	x ₂	10	2010	en union	Bukeye	Cultivatrice	6	CS	Non
Pauline	x ₁	2	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	7	CS	Non
	x ₂	5	2009	en union	Bukeye	Cultivatrice	7	Domicile	Non
Isabelle	x ₁	1	2001	en union	Bukeye	Cultivatrice	8	Domicile	Non
	x ₂	5	2007	en union	Bukeye	Cultivatrice	8	Domicile	Non
Domitille	x ₁	2	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	6	Domicile	Non
	x ₂	5	2007	en union	Bukeye	Cultivatrice	7	Domicile	Non
Irangabiye	x ₁	5	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	4	Domicile	Non
	x ₂	7	2007	en union	Bukeye	Cultivatrice	4	Domicile	Oui
Jeanne	x ₁	7	2003	en union	Bukeye	Cultivatrice	6	Domicile	Non
	x ₂	10	2009	en union	Bukeye	Cultivatrice	6	Domicile	Non
Kankindi	x ₁	1	2000	en union	Bukeye	Commerce	5	Hôpital	Oui
	x ₂	3	2006	en union	Bukeye	Commerce	4	Hôpital	Oui
Liliane	x ₁	3	2004	en union	Bukeye	Cultivatrice	7	Domicile	Non
	x ₂	7	2010	en union	Bukeye	Cultivatrice	7	Domicile	Non
Lydia	x ₁	1	2001	en union	Ryansoro	Enseignante	3	CHU	Oui
	x ₂	4	2008	en union	Bukeye	Enseignante	3	CS	Non
Chara	x ₁	5	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	5	Domicile	Non
	x ₂	8	2007	en union	Bukeye	Cultivatrice	5	Domicile	Non
Dalia	x ₁	1	2003	en union	Bukeye	Cultivatrice	6	Domicile	Non
	x ₂	4	2009	en union	Bukeye	Cultivatrice	4	Domicile	Non
Constance	x ₁	2	2001	en union	Bukeye	Commerce + agriculture	4	CS	Non
	x ₂	6	2008	en union	Bukeye	Commerce + agriculture	3	Hôpital	Oui
Micheline	x ₁	2	2002	en union	Bukeye	Commerce	5	CS	Non
	x ₂	5	2009	en union	Bukeye	Commerce	3	CS	Non
Evangeline	x ₁	1	2002	en union	Tanzanie	Sans	3	CS Tanzanie	Oui
	x ₂	4	2008	en union	Bukeye	Cultivatrice	4	CS Bukeye	Non
Marceline	x ₁	3	2001	célibataire	Bukeye	Cultivatrice	8	Domicile	Non
	x ₂	7	2010	célibataire	Bukeye	Cultivatrice	5	Domicile	Non
Monique	x ₁	1	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	4	Domicile	Non
	x ₂	5	2007	en union	Bukeye	Cultivatrice	4	Domicile	Non
Francine	x ₁	2	2000	en union	Bukeye	Enseignante	1	CHU	Non
	x ₂	4	2007	en union	Bukeye	Enseignante	2	CHU	Non
Nsenga	x ₁	4	2002	en union	Bukeye	Cultivatrice	5	Domicile	Non
	x ₂	6	2009	en union	Bukeye	Cultivatrice	4	CS	Non

DEPLACEES OU ANCIENNES DEPLACES DE GUERRE

x₁

Evelyne	x ₁	1	2002	en union	site Kanyosha	Sans	6	Domicile	Oui
	x ₂	3	2011	en union	site Kanyosha	Cuisinière	1	CHU	Non
Crescence	x ₁	6	2001	en union	site Kanyosha	Commerce	7	HPRC	Non
	x ₂	11	2007	en union	site Kanyosha	Commerce	7	CPLR	Non
Claudette	x ₁	1	2000	célibataire	Maquis	Rébellion	-	Domicile	Oui
	x ₂	2	2008	en union	site Kanyosha	Fonctionnaire	6	CPLR	Non
Rénilde	x ₁	1	2001	en union	Musaga	Sans	1	CHU	Non
	x ₂	2	2007	en union	Kanyosha	Sans	2	CPLR	Non
Lactitia	x ₁	2	2001	en union	Muzinda	Cultivatrice + commerce	4	Domicile	Oui
	x ₂	7	2007	polygame en union polygame	Muzinda	Cultivatrice + commerce	5	CS	Non
Rachel	x ₁	4	2001	en union	site Nyamirambo	Sans	6	CS	Non
	x ₂	6	2008	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	5	CS	Non
Nadia	x ₁	3	2001	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	6	en cours de route	Non.
	x ₂	6	2011	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	7	CS	Non
Dévote	x ₁	5	2001	en union	site Nyamirambo	Enseignante	1	CS	Oui
	x ₂	5	2009	en union	site Nyamirambo	Enseignante	3	CS	Oui
Sophie	x ₁	3	2002	célibataire	site Nyamirambo	Cultivatrice	3	Domicile	Non
	x ₂	6	2011	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	3	CS	Oui
Yolande	x ₁	2	2002	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	3	Domicile	Non
	x ₂	5	2011	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	1	CS	Non
Zoena	x ₁	3	2001	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	5	Domicile	Non
	x ₂	5	2008	en union	site Nyamirambo	Cultivatrice	5	CS	Non

N.B : Les cellules grisées correspondent au changement de la caractéristique concernée entre les naissances x₁ et x₂

Source : Elaboré par l'auteure à partir des données de l'enquête qualitative de 2011

En guise de conclusion de ce chapitre, les données quantitatives utilisées dans cette étude proviennent de deux enquêtes quantitatives, l'ESD-SR de 2002 et l'EDS de 2010. Elles permettront de réaliser des analyses statistiques à la fois descriptives et explicatives. Sur base des informations disponibles dans les sources de données, des variables permettant d'étudier les facteurs associés au faible recours aux soins obstétricaux ont été construites. Ce faible recours aux soins obstétricaux sera opérationnalisés par la durée de gestation à la première CPN, l'accouchement à domicile et le non-recours aux soins postnataux. Il concerne les dernières naissances survenues au cours de la période 1997-2001 pour l'ESD-SR de 2002 et les dernières naissances survenues depuis mai 2006 pour l'EDS.

Les données quantitatives ont été complétées par une enquête qualitative menée en 2011. Cinquante-trois femmes ont été enquêtées à Bujumbura (pour le milieu urbain), à Bukeye (pour le milieu rural) dont des (ex) déplacées de guerre habitant, soit à Bujumbura, soit dans la commune de Bukeye. Les entretiens seront analysés à l'aide de la méthode d'analyse de contenu.

Les résultats de ces différentes analyses seront présentés dans la deuxième partie de cette étude.

PARTIE II : PRESENTATION DES RESULTATS

Rappelons que l'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs associés à la faible utilisation des services (modernes) de soins obstétricaux, ainsi que la perception l'efficacité de ces soins par les femmes burundaises. En 2006, le gouvernement a pris une mesure de gratuité de l'accouchement en formations sanitaires publiques et assimilées. Cette mesure a été saluée par tous malgré les critiques fondées sur sa mise en application (chapitre 1). Les données dont les résultats sont présentés dans cette partie du travail permettront également d'identifier l'impact de cette mesure sur le comportement des femmes. Ces données proviennent de deux enquêtes quantitatives (l'ESD-SR de 2002 et l'EDS de 2010) et d'une enquête qualitative menée en 2011⁷³. L'enquête qualitative comportait des questions rétrospectives dans le but de maintenir un lien entre les trois sources de données.

En plus de la comparaison entre les deux périodes d'observation, les analyses seront faites par milieux de résidence en vue de mettre en évidence les éventuelles inégalités sociales spécifiques à chaque milieu de résidence. La particularité de l'ESD-SR de 2002 est de considérer les camps de déplacés comme une strate au même titre que les milieux urbain et rural. Ces données et celles de l'enquête qualitative de 2011 permettront d'étudier le comportement de santé des femmes déplacées. Les données de l'EDS de 2010, quant à elles, permettront d'étudier le comportement de santé en milieu rural et en milieu urbain⁷⁴.

Les analyses quantitatives seront effectuées à la fois dans une approche descriptive bivariable (à l'aide de la statistique du χ^2) et une approche explicative multivariée (régressions logistiques). En référence au cadre conceptuel de l'étude (chapitre 2), des modèles successifs (modèles socio-démographiques, modèles socio-démographiques et culturels et modèles finaux incluant toutes les variables sélectionnées) seront présentés dans le but d'identifier les changements apportés par les variables additionnelles. Dans les camps de déplacés, un quatrième modèle contrôlera la variable « date d'installation dans le camp ». Quant aux analyses qualitatives, c'est l'analyse du contenu qui a été privilégiée pour analyser les entretiens semi-structurés.

La présente partie sera subdivisée en quatre chapitres thématiques présentant les résultats quantitatifs et qualitatifs : le chapitre 4 analysera les facteurs associés au recours aux soins prénataux, le chapitre 5 traitera des facteurs associés à l'accouchement à domicile et le suivant (chapitre 6) portera sur les facteurs associés à l'utilisation des soins du post-partum. Le dernier chapitre (chapitre 7) sera réservé à une discussion du rôle de l'entourage social de la femme à partir des analyses des entretiens de 2011.

⁷³ Les données et les méthodes ont été présentées dans le chapitre 3.

⁷⁴Le manque d'identification des camps de déplacés à l'EDS de 2010 peut être expliqué par le démantèlement de plusieurs camps après les Accords de Cessez-le-feu de 2003 et 2006 (chapitre 1).

CHAPITRE IV : DU RECOURS AUX SOINS PRENATAUX

Ce chapitre porte sur l'analyse des facteurs associés au recours inadéquat aux soins prénataux. En fait, les données montrent que le niveau de recours à au moins une CPN est passé de 90% à 99% entre 2002 et 2010 et que le recours précoce (première CPN au premier trimestre de gestation) a doublé pendant la même période. C'est en milieu rural que les changements les plus importants sont observés. Le non-recours aux soins prénataux est passé de 8,7% à 1,0% et le recours précoce est passé de 6,9% à 18,8%. Par contre, on observe peu de changements concernant le recours tardif aux soins prénataux. Dans tous les milieux de résidence, il se situe autour de 80%. Une question se pose alors : puisque la majorité des femmes consultent tardivement au cours de la grossesse viennent-elles pour un suivi normal de la grossesse ou parce qu'elles ont un problème de santé (une complication) ?

Nous avons posé comme hypothèse que le faible niveau d'instruction et le faible niveau de vie expliquent ce comportement mais que ces variables agissent différemment selon les milieux de résidence. Ainsi, l'effet du niveau d'instruction sur le recours inadéquat à la CPN serait plus élevé en milieu rural et dans les camps de déplacés, tandis qu'en milieu urbain, le niveau de vie exercerait un impact plus important. Chez les déplacées de guerre, le comportement de santé varie également en fonction de la date d'arrivée dans le camp. Nous avons également posé l'hypothèse que les messages de sensibilisation aux avantages de la CPN sont mal intériorisés par les femmes (en d'autres termes, leur sensibilisation est insuffisante).

Les données quantitatives des enquêtes de 2002 et 2010 permettront de vérifier, dans chaque milieu de résidence, l'importance du niveau d'instruction de la femme et du niveau de vie du ménage. Les données de 2002 permettront de vérifier si le comportement des femmes déplacées de guerre est différent selon la période d'arrivée de la femme dans le camp (période allant de 1993 à 1995 ou de 1996 à 2001). Les données qualitatives de 2011, quant à elles, aideront à comprendre la perception des risques liés à la grossesse et des avantages d'une CPN par les femmes burundaises.

Le présent chapitre comporte trois sections. Les deux premières sections présentent les résultats des analyses descriptives et multivariées, la troisième section porte sur les motivations du recours aux soins prénataux analysées à l'aide des données qualitatives.

4.1. Caractéristiques des femmes selon la durée de gestation à la première CPN

La statistique du χ^2 a permis de tester les relations qui existent entre le recours aux soins prénataux et chacune des variables indépendantes sélectionnées. Seront respectivement analysées les caractéristiques des femmes qui ne consultent pas pendant la grossesse (comparées à celles qui consultent au moins une fois) et celles des femmes qui consultent au-delà du premier trimestre de gestation (comparées aux autres).

1° Le non-recours à la CPN

Les résultats des analyses descriptives montrent qu'au niveau national, seuls l'état matrimonial de la femme, son niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage ont un lien significatif avec le non-recours à la CPN au cours de la grossesse en 2002 (colonne 1 du tableau 4.1). Cependant, on observe qu'il n'y a quasiment pas d'écart entre les primigestes et les multigestes (7,7 *vs* 8,2%) et entre les femmes de faible niveau de vie et celles de niveau de vie moyen (autour de 9% *vs* 5,5% pour celles de niveau de vie élevé).

Tableau 4.1 : Proportion (en %) des non-recours et des recours tardifs à la CPN par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi

Variables	Pays (N=3031)		Rural (N=1178)		Camps (N=1499)		Urbain (558)	
	Non-recours à la CPN	CPN tardive	Non-recours à la CPN	CPN tardive	Non-recours à la CPN	CPN tardive	Non-recours à la CPN	CPN tardive
Âge de la femme à la grossesse								
<20 ans	8,7	82,5	9,2	84,6	8,7	80,4	4,6	72,3
20-24	6,4	82,3	7,0	84,5	4,0	89,9	2,9	61,0
25-29	7,7	81,7	8,6	83,4	2,6	91,0	1,8	60,7
30-34	8,0	81,0	9,2	83,5	4,3	87,9	1,0	49,0
35 ans +	9,3	84,2	9,8	84,5	4,5	90,2	3,6	65,9
Gestité								
Primigeste	7,2	78,3	8,0	80,5	7,4	82,8	1,8	58,4
Multigeste	8,2	83,3	9,0	84,7	3,6	90,3	2,5	61,6
Etat matrimonial								
En union	8,7	82,0	9,5	83,2	3,6	89,6	1,4	57,1
Pas en union	5,0	85,6	4,9	89,6	6,3	87,8	3,7	68,1
Instruction de la femme								
Sans	13,6	79,2	14,9	78,7	4,4	89,9	7,6	72,7
Form. inform.	7,2	85,7	7,2	85,5	4,6	91,2	2,3	75,2
Prim. et +	5,8	80,1	7,1	85,7	3,4	86,4	0,9	39,6
Niveau de vie du ménage								
Bas	8,7	85,5	11,1	84,4	3,8	91,2	4,5	74,2
Moyen	9,1	83,3	10,6	82,5	4,3	88,8	1,2	62,5
Élevé	5,5	75,8	5,3	85,1	4,3	87,4	0,6	40,3

*** : $p < 0.001$; ** $p < 0,05$ et $p < 0,10$

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Tableau 4.2 : Proportion (en %) des non-recours et des recours tardifs à la CPN par milieu de résidence selon l'EDS de 2010 au Burundi

Variables	Pays (N=4960)		Rural (N=4532)		Urbain (N= 429)	
	Non-recours à la CPN	CPN tardive	Non-recours à la CPN	CPN tardive	Non-recours à la CPN)	CPN tardive
Âge de la femme à la naissance de l'enfant						
<20ans	**	***	**	***		
20-24	2,5	72,4	2,5	72,3	2,2	73,3
25-29	1,1	74,8	1,1	76,3	2,0	56,0
30-34	0,6	80,6	0,7	82,6	0,0	59,3
35-39	0,5	79,6	0,4	82,4	1,1	56,8
40 +	1,6	80,1	1,6	81,4	1,4	60,6
Parité						
Primipare	***	***	***	***		
Multipare	2,2	71,7	2,3	74,0	1,8	55,8
	0,8	79,7	0,8	81,3	1,0	61,3
Etat matrimonial						
En union	***	**	***	**		
Pas en union	0,8	78,8	0,8	80,4	0,9	59,4
	3,6	74,0	4,0	76,0	1,3	61,8
Instruction de la femme						
Sans	**	***	**			***
Prim. incomp.	1,5	79,3	1,5	79,6	1,2	71,6
Primaire et +	0,4	79,9	0,4	80,6	0,6	70,8
	0,9	73,3	0,8	80,5	1,8	42,6
Niveau de vie du ménage						
Bas	**	***	**			**
Moyen	1,5	79,5	1,6	79,7	0,0	68,4
Elevé	1,0	80,2	1,0	80,5	2,7	74,7
	0,6	74,3	0,5	79,7	0,6	55,3

*** : $p < 0.001$; ** $p < 0,05$ et $p < 0,10$

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

En milieu rural et en milieu urbain, seuls le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage ont un lien significatif avec le non-recours à la CPN pendant la grossesse en 2002 (colonnes 3 et 7 du tableau 4.1). En milieu rural, il n'y a pas d'écart entre les femmes ayant suivi une formation informelle et celles de niveau égal au moins au primaire (7% partout *vs* 15% pour les non-instruites) et entre les femmes appartenant aux ménages de faible niveau de vie et de niveau de vie moyen (un peu plus de 10% *vs* 5,3% pour celles de niveau de vie élevé). En milieu urbain, les fréquences de non-recours à la CPN varient de 0,6% pour les femmes appartenant aux ménages de niveau de vie élevé à 7,6% pour celles sans instruction.

Dans les camps de déplacés de guerre, seuls la gestité et l'état matrimonial exercent un lien significatif en 2002. Les fréquences de non-recours à la CPN varient de 3,6% pour les multigestes et pour celles vivant seules à 7,4% pour les primigestes.

2° Consultation tardive au cours de la grossesse

Au niveau national, seuls la gestité, le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage ont un lien significatif avec le recours tardif à la CPN en 2002 (colonne 2 du tableau 4.1). En 2010, toutes variables exercent un lien significatif (colonne 2 du tableau 4.2). On observe que, quelle que soit la caractéristique de la femme, le recours tardif à la CPN est très fréquent aux deux périodes (de 75,8% pour les femmes de niveau de vie élevé à 85,7% pour celles ayant suivi une formation informelle en 2002 et de 71,7% pour les primipares à 80,6% pour celles âgées de 25-29 ans en 2010).

En milieu rural, seuls l'état matrimonial de la femme et son niveau d'instruction exercent un impact significatif sur le recours tardif à la CPN en 2002 (colonne 4 du tableau 4.1). Les fréquences de recours tardif à la CPN varient de 78,7% chez les femmes sans instruction à 89,2% chez les femmes vivant seules. En 2010, l'âge de la femme à la naissance de l'enfant, la parité et l'état matrimonial ont un lien significatif (colonne 4 du tableau 4.2). Les proportions de recours tardif varient de 72,3% pour les femmes âgées de moins de 20 ans à 82,6% pour les femmes âgées de 25-29 ans.

En milieu urbain, en 2002, toutes les variables sélectionnées ont une relation significative avec le recours tardif à la CPN à l'exception de la gestité (colonne 8 du tableau 4.1). Les fréquences varient de 39,6% pour les femmes de niveau d'étude égal au moins au secondaire à 75,2% pour les femmes sans instruction. En 2010, seuls le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage exercent un lien significatif. Les proportions varient de 42,6% pour les femmes de niveau secondaire à 71,6% pour les non-instruites.

Dans les camps de déplacés (colonne 6 du tableau 4.1), seuls l'âge de la femme à la grossesse, la gestité et le niveau d'instruction de la femme ont un lien significatif avec le recours tardif à la CPN. Les fréquences sont partout élevées, elles varient de 80,4% chez les femmes de moins de 20 ans à 91% chez celles âgées de 25-29 ans.

4.2. Facteurs de recours tardif aux soins prénataux

Avant de présenter les résultats des analyses multivariées, il s'avère important de rappeler que la variable dépendante « durée de gestation à la première CPN » n'a pas été codée de la même manière selon les données disponibles dans les deux enquêtes. En fait, vu l'importance du non-recours aux soins prénataux observé en 2002 au niveau national (7,9%), en milieu rural (8,7%) et dans les camps de déplacés (4,1%), la variable « durée de recours à la première CPN » a été codée en trois modalités (0=non-recours, 1=recours précoce et 2=recours tardif). Elle sera dichotomique (0=recours précoce et 1= recours tardif) en milieu urbain et dans les analyses faites à l'aide des données de l'EDS 2010 vu les faibles proportions de non-recours à ces soins (1%).

Ces deux types de codage de la variable dépendante impliquent deux méthodes d'analyse : la régression logistique multinomiale pour la variable à trois modalités et la régression logistique binaire pour la variable dichotomique (*cf.* chapitre 3).

4.2.1. Facteurs de recours aux soins prénataux en 2002

Au niveau national, en milieu rural et dans les camps de déplacés, c'est la technique de régression logistique multinomiale qui a été utilisée en faisant varier la modalité de référence, ce qui donne les comparaisons suivantes : « non-recours » *versus* « recours précoce » (non/précoce), « recours tardif » *versus* « recours précoce » (tardif/précoce) et « non-recours » *versus* « recours tardif » (non/tardif). En milieu urbain, vu le caractère dichotomique de la variable dépendante, les Odds ratios (OR) ont été calculés en comparant le recours tardif au recours précoce (tardif/précoce). On considérera donc que les caractéristiques associées à des OR >1 significatifs sont des facteurs de risque de comportement préventif inadéquat. Inversement, des OR < 1 et significatifs renvoient à des femmes qui ont adopté un comportement plus adéquat si on les compare au groupe de référence.

1° Modèles socio-démographiques (M1)

En effet brut et dans les modèles M1, l'effet de l'âge de la femme à la grossesse n'est pas significatif en milieu rural et dans les camps de déplacés. Au niveau national, son effet est faible puisque seul l'écart entre les femmes de 20-24 ans (modalité de référence) et les plus âgées (35 ans et plus) est significatif en effet brut. Ces dernières sont les plus enclines au non-recours aux soins prénataux (comparé au recours précoce ou au recours tardif) et au recours tardif plutôt que précoce. Dans le modèle M1, les femmes d'âges extrêmes (les moins de 20 ans et les 35 ans et plus) sont les plus enclines au non-recours comparé au recours précoce aux soins prénataux (OR= 2,31 et 1,82 respectivement). En milieu urbain, et comparées aux 20-24 ans, le recours tardif aux soins prénataux est plus fréquent chez les moins de 20 ans au seuil de 10% (OR=1,86 en effet brut et 1,96 en M1) et moins fréquent chez les 30-34 ans au seuil de 5% (OR=0,58 en effet brut et 0,55 en M1) (tableau 4.3).

Au niveau national et en milieu rural, les multigestes sont les plus enclines au non-recours ou au recours tardif aux soins prénataux plutôt qu'au recours précoce comparées aux primigestes (modalité de référence). En revanche, l'écart entre les deux groupes de femmes n'est pas significatif si on compare le non-recours au recours tardif à la CPN. Dans les camps de déplacés, les multigestes sont les plus enclines aux soins prénataux tardifs (comparés au non-recours ou au recours précoce) en effet brut. Dans le modèle M1, elles sont moins enclines au non-recours plutôt qu'au recours tardif aux soins prénataux. Par contre, l'effet de cette variable sur la précocité de la CPN (comparée au non-recours et au recours tardif) n'est pas vérifiée dans les camps de déplacés. En milieu urbain, l'effet de cette variable n'est pas significatif en effet brut

mais en M1, les multigestes se montrent plus enclines à la CPN tardive (OR= 1,70) comparées aux primigestes.

Tableau 4.3 : Déterminants du non-recours et du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : les effets bruts

Variables	Ensemble du pays (N= 3031)				Milieu rural (N= 1178)				Camps de déplacés (N=1499)				Milieu urbain (N=558)	
	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Tard/ préc
Age de la femme à la grossesse														
20-24 ans (R)	570				216				279				137	
<20 ans	190	1,75	1,28	1,36	67	1,95	1,43	1,36	95	1,24	0,51	2,44*	66	1,86*
25-29 ans	825	1,30	1,07	1,22	317	1,32	1,06	1,25	385	0,64	0,98	0,66	170	0,96
30-34 ans	530	1,29	1,01	1,28	203	1,50	1,15	1,30	309	0,84	0,77	1,09	101	0,58**
35 ans +	917	2,54**	1,78**	1,42*	375	2,19*	1,56	1,40	400	1,32	1,17	1,13	85	1,27
Rang de grossesse														
Primigestes (R)	476				181				213				116	
Multigestes)	2556	1,96**	1,82***	1,08	997	2,13*	1,92**	1,10	1286	0,79	1,75**	0,45**	443	1,18
Etat matrimonial														
En union (R)	2541				1011				1186				363	
Pas en union	490	0,58**	1,05	0,55**	167	0,75	1,48	0,51*	312	2,01*	1,12	1,79**	195	1,76**
Milieu de résidence														
Urbain (R)	239													
Camps	169	9,53**	7,80***	1,22										
Rural	2624	19,86***	7,18***	2,77**										
Instruction de la femme														
Sans	653	4,60***	1,95***	2,36***	254	2,30**	1,01	2,27**	519	2,28**	1,85**	1,23	sans: 67	5,22***
Form. inform.	1379	2,44***	2,12***	1,15	591	1,04	1,01	1,03	488	3,22**	2,54**	1,26	prim: 270	4,98***
Primaire et + (R)	987				329				482				sec. +: 220	
Religion de la femme														
Catholiques (R)	2232				914				863				231	
Protestantes	638	0,62	0,45***	1,39	231	1,96*	1,36	1,44	593	0,50**	0,75	0,67	131	2,25***
Musulmanes	156	1,41	1,15	1,23									194	1,80**
Niveau de vie du ménage														
Bas	1307	5,06***	3,61***	1,40*	386	4,37***	2,11**	2,07**	522	1,50	1,73**	0,86	228	5,14***
Moyen	994	4,18***	2,77***	1,51**	366	2,63**	1,30	2,02**	503	1,24	1,24	1,00	170	2,52***
Elevé (R)	731				425				474				160	
Taille du ménage														
<= 4 pers. (R)	1088				420				494				225	
> de 4 pers.	1926	1,27	1,13	1,13	750	1,29	1,17	1,10	1003	1,51	1,06	1,42	331	0,81
Date d'installation au camps														
1993-1995 (R)									453					
1996-2001									1015	0,47**	0,95	0,49**		

*** : significatif à 1%, ** : significatif à 5%, * : significatif 10%

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Tableau 4.4 : Déterminants socio-démographiques du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : **M1**

Variables	Ensemble du pays (N= 3031)				Milieu rural (N= 1178)				Camps de déplacés (N=1499)				Milieu urbain (N=558)	
	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Tard/ préc
Âge de la femme à la grossesse														
20-24 ans (R)	570				216				279				137	
<20 ans	190	2,31**	1,60	1,45	67	2,58	1,83	1,41	95	1,05	0,64	1,64	66	1,96*
25-29 ans	825	1,00	0,81	1,23	317	0,92	0,72	1,28	385	0,69	0,84	0,82	170	0,94
30-34 ans	530	0,93	0,72	1,29	203	0,97	0,72	1,34	309	0,89	0,63	1,41	101	0,55**
35 ans +	917	1,82**	1,25	1,46	375	1,39	0,95	1,47	400	1,45	0,96	1,52	85	1,19
Rang de grossesse														
Primigestes (R)	476				181				213				116	
Multigestes)	2556	1,96**	2,08***	0,94	997	2,38*	2,56**	1,07	1286	0,85	1,75	0,48*	443	1,69**
Etat matrimonial														
En union (R)	2541				1011				1186				363	
Pas en union	490	0,57**	1,07	0,54**	167	0,75	1,51	0,50*	312	1,98*	1,23	1,61	195	1,62**
-2lnL	Intercept uniquement : 210,78 M1: 169,74				Intercept uniquement : 121,18 M1: 105,81				Intercept uniquement : 145,18 M1: 125,50				690,09	
Pseudo R²	0,02				0,02				0,02				0,06	

*** : significatif à 1%, ** : significatif à 5%, * : significatif 10%

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Au niveau national, le non-recours aux soins prénataux (comparé au recours précoce et tardif) est moins fréquent chez les femmes vivant seules comparées aux femmes en union (groupe de référence). En milieu rural, l'état matrimonial n'a pas d'effet sur la CPN précoce (comparée au non-recours et au recours tardif). Dans les camps de déplacés, elles sont plus nombreuses à ne pas recourir aux soins prénataux plutôt qu'à y recourir tardivement (OR= 1,79) en effet brut. Dans le modèle M1, l'effet de la variable n'est plus significatif au seuil de 5%. En effet brut et en M1, l'état matrimonial n'exerce pas d'effet sur le fait de recourir précocement ou tardivement aux soins prénataux. Au niveau urbain, le recours tardif aux soins prénataux par les femmes vivant seules est 1,76 fois et 1,62 fois celui des femmes vivant en union, respectivement en effet brut et en M1 (tableau 4.4).

2° Modèles socio-démographiques et culturels (M2)

En contrôlant les variables socio-culturelles, l'effet de l'âge de la femme à la grossesse disparaît au niveau national et en milieu urbain.

Au niveau national, les multigestes sont les plus nombreuses à ne pas recourir aux soins prénataux ou à y recourir tardivement plutôt que précocement comparées aux primigestes. Par contre, la gestité n'a pas d'impact sur le non-recours vs recours tardif à la CPN. En milieu rural, la gestité influence le «recours tardif» vs «recours précoce» uniquement, les multigestes étant plus

enclines à la CPN tardive (OR=2,56). Dans les camps de déplacés, la relation est la même que dans le modèle précédent. En milieu urbain, l'effet de la gestité sur le recours tardif aux soins prénataux disparaît dans le modèle M2.

Dans tous les milieux de résidence, la relation entre l'état matrimonial de la femme et le recours aux soins prénataux est modifiée par la prise en compte des variables socio-culturelles. Au niveau national, les femmes vivant seules sont les plus enclines au recours tardif plutôt que précoce (OR=1,57) et moins enclines au non-recours qu'au recours tardif (OR=0,55) comparées à celles vivant en union. Contrairement au modèle précédent, l'état matrimonial n'a pas d'impact sur le fait de ne pas recourir aux soins prénataux plutôt que d'y recourir précocement. En milieu rural, la relation absente dans le modèle M1 devient significative dans le modèle M2. Les femmes vivant seules sont moins enclines au non-recours plutôt qu'au recours tardif (OR=0,47). En milieu urbain, l'effet de l'état matrimonial n'est pas significatif dans le modèle M2.

Au niveau national, le milieu de résidence a un impact sur le calendrier de la CPN. Comparées aux femmes urbaines, les déplacées de guerre sont plus enclines au non-recours plutôt qu'au recours précoce (OR=9,24) et au recours tardif plutôt que précoce (OR=8,93). Les femmes rurales sont encore plus enclines au non-recours plutôt qu'au recours précoce (OR=22,68), au recours tardif plutôt qu'au recours précoce (OR=8,78) et au non-recours plutôt qu'au recours tardif (OR=2,85)⁷⁵.

L'impact de l'instruction de la femme est affaibli dans le modèle M2, sauf dans les camps de déplacés (tableaux 4.3 et 4.5). Au niveau national, les non-instruites sont les plus nombreuses à ne pas recourir aux soins prénataux plutôt qu'à y recourir précocement (OR=2,18) ou tardivement (OR=2,18) comparées à celles de niveau primaire et plus (groupe de référence). L'instruction n'a pas, par contre, d'effet sur la CPN précoce *vs* CPN tardive. En milieu rural, le niveau d'instruction de la femme exerce un effet significatif sur le non-recours *vs* recours tardif seulement, les femmes non-instruites étant plus enclines au non-recours (OR=2,21). Au niveau national et en milieu rural, les femmes n'ont pas un comportement différent selon qu'elles ont suivi un enseignement informel ou ont un niveau égal au moins au primaire. Dans les camps de déplacés, les femmes non-instruites et celles de formation informelle sont les plus nombreuses à ne pas recourir aux soins prénataux plutôt qu'à y recourir précocement (les OR sont autour de 4) et sont plus enclines au recours tardif plutôt qu'au recours précoce (les OR sont autour de 2) comparées aux femmes de niveau égal au moins au primaire. En revanche, le niveau d'instruction n'a pas de lien significatif avec le non-recours *vs* recours tardif à la CPN. En milieu urbain, le recours tardif aux soins prénataux est plus fréquent chez les femmes non-instruites et chez celles de niveau primaire (les OR sont autour de 4) comparées aux femmes de niveau égal au moins au secondaire.

⁷⁵ Les OR sont très élevés car il y a peu de cas en milieu urbain (N.= 239) et dans les camps de déplacés (N.=169) comparés au milieu rural (N.= 2624)

Tableau 4.5 : Déterminants socio-démographiques et culturels du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : M2

Variables	Ensemble du pays (N= 3031)				Milieu rural (N= 1178)				Camps de déplacés (N=1499)				Milieu urbain (N=558)	
	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	N	Tard/ préc
Age de la femme à la grossesse														
20-24 ans (R)	570				216				279				137	
<20 ans	190	2,23*	1,70*	1,31	67	2,24	1,79	1,25	95	1,19	0,69	1,73	66	1,49
25-29 ans	825	0,98	0,78	1,24	317	0,95	0,72	1,33	385	0,55	0,72	0,76	170	1,12
30-34 ans	530	0,90	0,70	1,30	203	1,04	0,74	1,40	309	0,59	0,49*	1,21	101	0,72
35 ans +	917	1,41	1,03	1,37	375	1,43	0,98	1,47	400	0,95	0,72	1,31	85	1,23
Rang de grossesse														
Primigestes (R)	476				181				213				116	
Multigestes)	2556	1,92**	2,22***	0,88	997	2,13	2,56**	0,84	1286	0,81	1,69	0,48*	443	1,15
Etat matrimonial														
En union (R)	2541				1011				1186				363	
Pas en union	490	0,86	1,57**	0,55**	167	0,73	1,55	0,47**	312	2,14*	1,30	1,65*	195	1,16
Milieu de résidence														
Urbain (R)	239													
Camps	169	9,24**	8,93***	1,03										
Rural	2624	22,68***	8,78***	2,58**										
Instruction de la femme														
Sans	653	2,18**	1,00	2,18***	254	1,81	0,82	2,21**	519	3,47**	2,06**	1,68	sans: 67 4,06*** prim: 270 4,30*** sec.+: 220	
Form. inform.	1379	1,13	1,13	1,01	591	0,95	0,95	0,99	488	3,70**	2,53**	1,46		
Primaire et + (R)	987				329				482					
Religion de la femme														
Catholiques (R)	2232				914				863				231	
Protestantes	638	2,40**	1,62*	1,48	231	1,47	1,35	1,09	593	0,49*	0,76	0,65	131	1,48*
Musulmanes	156	1,41	1,38*	1,02									194	1,46
-2lnL	Intercept uniquement : 1052,62 M1: 816,01				Intercept uniquement : 332,58 M1: 302,80				Intercept uniquement : 378,94 M1: 340,97				623,83	
Pseudo R²	0,11				0,04				0,05				0,20	

*** : significatif à 1%, ** : significatif à 5%, * : significatif 10%

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

La relation entre l'appartenance religieuse de la femme et le recours aux soins prénataux est modifiée dans le modèle M2 si on la compare aux effets bruts. Au niveau national, on observe un changement de comportement chez les protestantes. Comparées aux catholiques (groupe de référence), en effet brut, elles sont les plus enclines au non-recours ou au recours tardif plutôt qu'au recours précoce et la relation s'inverse dans le modèle M2. L'effet de la religion n'est pas significatif dans les autres milieux de résidence.

3° Modèles socio-démographiques, culturels et économiques (M3)

La prise en compte des variables socio-économiques n'a que peu modifié les relations observées dans les modèles précédents.

Tableau 4.6 : Déterminants du recours aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi : Modèles finaux

Variables	Ensemble du pays (N= 3031)				Milieu rural (N= 1178)				Camps de déplacés (N=1499)				Milieu urbain (N=558)	
	Non/ N	Tard. Préc.	Non/ /préc.	tard.	Non/ N	Tard. Préc.	Non/ /préc.	tard.	Non/ N	Tard. Préc.	Non/ /préc.	tard.	Tard/ N	préc
Age de la femme à la grossesse														
20-24 ans (R)	570				216				279				137	
<20 ans	190	2,34*	1,81*	1,29	67	2,45	1,90	1,29	95	1,29	0,69	1,88	66	1,60
25-29 ans	825	0,95	0,79	1,19	317	0,97	0,73	1,32	385	0,53	0,74	0,72	170	1,21
30-34 ans	530	0,95	0,73	1,29	203	1,10	0,76	1,45	309	0,49	0,50*	0,97	101	0,89
35 ans +	917	1,52	1,09	1,39	375	1,65	1,04	1,59	400	0,69	0,73	0,94	85	1,57
Rang de grossesse														
Primigestes (R)	476				181				213				116	
Multigestes)	2556	2,04**	2,44***	0,84	997	2,27	2,78**	0,83	1286	0,75	1,67	0,45*	443	1,14
Etat														
En union (R)	2541				1011				1186				363	
Pas en union	490	0,84	1,54**	0,55**	167	0,60	1,40	0,43**	312	1,97*	1,30	1,52	195	1,01
Milieu de résidence														
Urbain (R)	239													
Camps	169	5,58**	6,58***	0,85										
Rural	2624	12,89***	6,10***	2,11										
Instruction de la femme														
Sans	653	2,17**	0,95	2,28***	254	1,54	0,73	2,12**	519	3,77**	2,00**	1,90*	sans: 67	2,97**
Form. inform.	1379	1,14	1,07	1,06	591	0,90	0,90	1,00	488	4,02**	2,46**	1,64	prim: 270	3,41***
Primaire et + (R)	987				329				482				sec.+: 220	
Religion de la femme														
Catholiques (R)	2232				914				863				231	
Protestantes	638	2,40**	1,62*	1,48	231	1,37	1,31	1,05	593	0,63	0,80	0,79	131	1,42
Musulmanes	156	1,44	1,39*	1,04									194	1,41
Niveau de vie du ménage														
Bas	1307	2,15**	1,82**	1,18	386	4,32***	2,10**	2,06**	522	1,80	1,62*	1,11	228	2,06**
Moyen	994	1,83**	1,41*	1,30	366	2,56**	1,33	1,92**	503	1,45	1,24	1,18	170	1,31
Elevé (R)	731				425				474				160	
Taille du														
<= 4 pers. (R)	1088				420				494				225	
> de 4 pers.	1926	0,89	0,88	1,02	750	0,90	0,92	0,98	1003	1,98	0,96	2,06**	331	0,75
Date d'installation au camps														
1993-1995 (R)									453					
1996-2001									1015	0,42**	0,87	0,49**		
-2lnL	Intercept uniquement : 1723,72 M1: 1474,95				Intercept uniquement : 632,38 M1: 585,70				Intercept uniquement: 821,46 M1: 770,96				614,11	
Pseudo R²	0,12				0,06				0,06				0,22	

*** : significatif à 1%, ** : significatif à 5%, * : significatif 10%

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Dans tous les milieux de résidence, l'influence de l'âge de la femme sur le calendrier des CPN n'est pas significative au seuil de 5%. Au niveau national, le recours précoce à la CPN (comparé au non-recours et au recours tardif) est moins élevé chez les multigestes comparées aux primigestes (groupe de référence). En milieu rural, les multigestes sont les plus enclines au recours tardif plutôt qu'au recours précoce (OR=2,78). Dans les camps de déplacés, par contre, elles sont les moins enclines au non-recours plutôt qu'au recours tardif (OR=0,45) au seuil de 10%.

Au niveau national, les femmes vivant seules sont plus nombreuses à recourir tardivement aux soins prénataux plutôt que précocement (OR=1,54) et moins nombreuses à ne pas recourir à ces soins plutôt qu'à y recourir tardivement (OR=0,55) comparées aux femmes en union. En milieu rural, les femmes vivant seules sont moins nombreuses à ne pas recourir à ce type de soins plutôt qu'à y recourir tardivement (OR=0,43).

Au niveau national, bien que l'impact du milieu de résidence sur le recours aux soins prénataux reste important, les valeurs des OR ont diminué en contrôlant le niveau de vie du ménage (tableaux 4.5 et 4.6). Avec les femmes urbaines comme groupe de référence, les déplacées de guerre et les femmes rurales sont plus enclines au non-recours plutôt qu'à la CPN précoce (OR=5,58 et 12,89 respectivement) et plus enclines à la CPN tardive plutôt qu'à la CPN précoce (OR=6,58 et 6,10 respectivement). En d'autres termes, les femmes vivant en dehors du milieu urbain sont moins enclines à la CPN précoce. On observe également que le milieu de résidence n'influence pas le non-recours ou le recours tardif (non-recours/recours tardif).

Au niveau national, les femmes non-instruites sont plus nombreuses à ne pas recourir aux soins prénataux plutôt qu'à y recourir précocement ou tardivement (OR autour de 2 partout) comparées aux femmes de niveau égal au moins au primaire. En revanche, la propension de recourir à la CPN dans le premier trimestre de gestation ou au-delà (CPN précoce/CPN tardive) n'est pas statiquement différente entre les niveaux d'instruction. En milieu rural, seule la relation entre l'instruction de la femme et le non-recours comparé au recours tardif est significative. Ainsi, le non-recours est plus fréquent chez les femmes sans instruction (OR =2,12) et l'écart entre les femmes ayant suivi un enseignement informel et celles de niveau égal au moins au primaire n'est pas significatif. Dans les camps de déplacés, les femmes non-instruites sont plus enclines au non-recours ou au recours tardif plutôt qu'au recours précoce (OR=3,77 et 2 respectivement) et plus enclines au non-recours plutôt qu'au recours tardif (OR=1,90) au seuil de 10%. Les femmes ayant suivi un enseignement informel sont les plus nombreuses à ne pas recourir aux soins prénataux ou à y recourir tardivement plutôt que précocement (OR=4,02 et 2,46 respectivement) comparées aux autres groupes. En milieu urbain, le niveau d'instruction est un déterminant important malgré la diminution des valeurs des rapports de cotes en présence du niveau de vie du ménage (tableaux 4.5 et 4.6). Avec les femmes de niveau secondaire et plus comme groupe de référence, le recours tardif aux soins prénataux est 2,97 fois et 3,41 fois plus fréquent chez les non-instruites et celles de niveau primaire respectivement.

Quant à l'appartenance religieuse de la femme, son impact sur le recours aux soins prénataux est significatif au niveau national uniquement. Avec les catholiques comme groupe de référence, les protestantes sont plus enclines à ne pas recourir à ce type de soins plutôt qu'à y recourir précocement (OR=2,40 au seuil de 5%) ou y recourent tardivement plutôt que précocement (OR=1,62 au seuil de 10%). Les musulmanes, elles, recourent tardivement à ce type de soins plutôt que d'y recourir précocement (OR=1,39 au seuil de 10%). En revanche, la religion n'a pas d'impact sur le non-recours *vs* le recours tardif aux soins prénataux.

Au niveau national, l'effet du niveau de vie du ménage diminue quand l'effet du milieu de résidence est contrôlé. Dans les régressions comparant le non-recours au recours précoce et le recours tardif au recours précoce, la relation est toujours significative mais les OR diminuent de moitié (tableaux 4.3 et 4.6). La relation n'est plus significative dans le modèle comparant le non-recours au recours tardif (tableaux 4.3 et 4.6). En milieu rural, on observe une relation significative entre le niveau de vie du ménage et le recours aux soins prénataux. Les femmes ayant un niveau de vie bas sont les plus nombreuses à ne pas recourir à ces soins ou à y recourir tardivement plutôt que précocement (OR= 4,3 et 2,10 respectivement) comparées à celles de niveau de vie élevé. Elles sont également plus enclines à ne pas recourir à ces soins plutôt qu'à y recourir tardivement (OR=2,06). Les femmes de niveau de vie moyen, elles, sont les plus enclines au non-recours *vs* au recours précoce (OR=2,56) ou au recours tardif (OR=1,92). En milieu urbain, l'effet du niveau de vie du ménage sur le recours tardif aux soins prénataux diminue lors du contrôle du niveau d'instruction de la femme. Les OR passent de 5,14 ($p < 0,001$) à 2,06 ($p < 0,05$) chez les femmes de bas niveau de vie, et de 2,52 ($p < 0,001$) à 1,31 (non significative) chez les femmes de niveau de vie moyen (tableau 4.6).

A l'exception des camps de déplacés où le non-recours plutôt que le recours tardif aux soins prénataux est 2,06 fois plus fréquent chez les femmes appartenant aux ménages de grande taille (plus de 4 membres) comparées à celles de ménages de petite taille, cette variable n'a pas d'impact significatif dans les autres milieux de résidence.

Dans les camps de déplacés, on observe également que les déplacées de guerre de la période 1996-2001 sont les moins enclines au non-recours aux soins plutôt qu'au recours précoce ou tardif (respectivement OR=0,42 et 0,49) comparées aux déplacées de guerre de la période 1993-1995. La date d'installation dans le camp n'influence pas le fait de recourir précocement ou tardivement aux soins prénataux.

Au regard des résultats multivariés, les facteurs associés à la durée de gestation à la première CPN varient selon le milieu de résidence et selon le modèle de régression concerné. Les relations observées sont résumées dans le tableau 4.7.

Tableau 4.7 : Recours aux soins prénataux : synthèse des résultats des analyses multivariées, Burundi 2002

Milieu de résidence	Résultats de la régression multinomiale			
	Valeur de p.	Non-recours vs recours précoce	Recours tardif vs recours précoce	Non-recours vs recours tardif
Au niveau national	0,001 et 0,05	Le non-recours est plus fréquent chez : les multigestes, les déplacées de guerre, les femmes rurales, les moins instruites, les protestantes, celles appartenant aux ménages de niveau de vie bas ou moyen.	Le recours tardif est plus fréquent chez : les multigestes, les femmes vivant seules, les déplacées de guerre, les rurales, les femmes de niveau de vie bas.	Le non-recours est plus fréquent chez : les femmes en union et les femmes sans instruction.
	0,10	Le non-recours est plus fréquent chez les femmes âgées de moins de 20 ans.	Le recours tardif est plus fréquent chez : les moins de 20 ans, les non-catholiques, les femmes de niveau de vie moyen	
Milieu rural	0,001 et 0,05	Le non-recours est plus fréquent chez les femmes de niveau de vie bas et moyen comparées à celles de niveau de vie élevé.	Le recours tardif est plus fréquent chez les multigestes et les femmes de niveau de vie bas.	Le non-recours est plus fréquent chez : les multigestes, les femmes en union, les non-instruites, les femmes de niveau de vie bas et moyen.
Camps de déplacés	0,001 et 0,05	Le non-recours est plus fréquent chez : les femmes non instruites, les femmes ayant suivi un enseignement informel celles qui se sont installées dans un camp durant la période 1993-1995.	Le recours tardif est plus fréquent chez les femmes pas ou faiblement instruites.	Le non-recours est plus fréquent chez : les femmes appartenant à des ménages de grandes tailles et aux déplacées de la période 1993-1995
	0,10	Le non-recours est plus fréquent chez les femmes ne vivant pas en union comparées à celles vivant en union.	Le recours tardif est plus fréquent chez les 30-34 ans et chez les femmes de niveau de vie bas.	Le non-recours est plus fréquent chez : les primigestes, les femmes sans instruction
Milieu urbain	Résultats de la régression logistique binaire : seuls le niveau d'instruction et le niveau de vie exercent un effet significatif sur le recours tardif aux soins prénataux. Le recours tardif est plus fréquent chez les femmes de niveau d'étude inférieur au secondaire (sans instruction et niveau primaire) et chez les femmes appartenant aux ménages de niveau de vie bas.			

Sources : Tableau élaboré par l'auteure de cette étude à partir des données de l'ESD-SR de 2002 au Burundi

4.2.2. Facteurs de recours aux soins prénataux tardifs en 2010

Contrairement à la situation de 2002, l'EDS de 2010 montre que la quasi-totalité (99%) des enquêtées ont déclaré avoir eu une CPN au moins une fois au cours de la dernière grossesse. La régression logistique binaire est la mieux indiquée dans ce cas du fait du caractère dichotomique de la variable dépendante (recours tardif *vs* recours précoce). L'interprétation des *odds ratio* (OR) est la même que celle qui a été détaillée précédemment : un $OR > 1$ et significatif indique que la caractéristique est associée à une fréquence plus élevée de la CPN tardive *vs* CPN précoce comparativement à ce qui est observé chez les femmes ayant la caractéristique de référence.

1° Des facteurs socio-démographiques (M1)

Selon les données de l'EDS de 2010, l'effet de l'âge de la femme à la naissance sur le recours tardif aux soins prénataux est très significatif au niveau national et en milieu rural. Au niveau national, la relation entre les deux variables est positive en effet brut tandis que dans le modèle M1, le recours tardif est plus fréquent chez les 25-29 ans ($OR=1,27$) et chez les 35 ans et plus ($OR=1,26$) comparées aux 20-24 ans (groupe de référence). L'écart entre ces dernières et les femmes de moins de 20 ans et celles âgées de 30-34 ans n'est pas statistiquement significatif. En milieu rural, le recours tardif aux soins prénataux augmente avec l'âge de la femme à la naissance en effet brut et en M1. En milieu urbain, l'âge de la femme n'a pas d'impact sur le recours tardif aux soins prénataux en effet brut tandis que dans le modèle M1, seules les femmes de moins de 20 ans se montrent plus enclines au recours tardif ($OR=2,61$).

L'effet positif de la parité sur le recours tardif aux soins prénataux est observé en effet brut et en M1 au niveau national, en effet brut uniquement en milieu rural et en M1 uniquement en milieu urbain.

Quant à l'état matrimonial, son effet sur le recours tardif aux soins prénataux n'est pas significatif dans tous les milieux de résidence.

2° Des facteurs socio-démographiques et culturels (M2)

La prise en compte des variables socio-culturelles ne modifie pas beaucoup les relations observées dans le modèle M1. Au niveau national, seul l'effet de l'âge de la femme à la naissance est modifié (renforcé), le recours tardif devient fréquent chez les 30-34 ans au seuil de 10% ($OR=1,23$). En milieu rural, l'effet des variables socio-démographiques n'est pas modifié en M2. En milieu urbain, l'effet de la parité disparaît en présence du niveau d'instruction de la femme. Quel que soit le milieu de résidence, l'état matrimonial n'a pas d'impact sur le recours tardif aux soins prénataux comme dans les précédents modèles.

Au niveau national, un écart important est observé entre les femmes rurales et les femmes urbaines. Le recours tardif aux soins prénataux est plus fréquent dans le premier groupe comparée à au deuxième groupe (OR=2,77 en effet brut et 2,56 en M2).

Tableau 4.8 : Facteurs de recours tardif aux soins prénataux par milieu de résidence selon l'EDS de 2010 au Burundi

Variables	Ensemble du pays (N= 460)					Milieu rural (N= 4532)					Milieu urbain (N= 429)				
	Effet					Effet					Effet				
	N	brut	M1	M2	M3	N	brut	M1	M2	M3	N	brut	M1	M2	M3
Age de la femme à la naissance															
20-24 ans (R)	1290					1190					100				
<20 ans	323	0,92	1,06	1,11	1,11	278	0,85	0,92	0,94	0,93	45	2,18	2,61**	2,51**	2,48**
25-29 ans	1315	1,37**	1,27**	1,33**	1,37**	1197	1,46***	1,39**	1,38**	1,44**	118	1,11	1,01	1,27	1,30
30-34 ans	852	1,26**	1,15	1,26*	1,33**	757	1,41**	1,33**	1,34**	1,40**	95	1,00	0,85	1,18	1,17
35 ans +	1180	1,42***	1,26**	1,27**	1,35**	1110	1,41**	1,32**	1,33**	1,48**	70	1,22	0,99	1,28	1,24
Rang de naissance															
Primipares (R)	927					814					113				
Multipares	4032	1,49***	1,33**	1,27**	1,29**	3718	1,46***	1,18	1,18	1,21*	315	1,26	1,79**	1,28	1,22
Etat matrimonial															
En union (R)	4434					4082					352				
Pas en union	526	0,86	0,92	1,00	1,00	450	0,89	0,94	0,99	0,95	76	1,13	1,13	1,05	1,00
Milieu de résidence															
Milieu urbain (R)	428														
Milieu rural	4532	2,77***		2,56***	2,37***										
Instruction de la femme															
Sans	2602	1,49***		1,15	1,15	2520	0,98		0,98	0,97	sans: 81	3,40***		3,33***	3,07**
Prim. inc	1344	1,43***		1,24**	1,22*	1238	0,99		1,02	1,02	prim : 178	3,21***		3,06***	2,97***
primaire et + (R)	1014					773					sec. +: 169				
Religion de la femme															
Catboliques (R)	3029					2841					188				
Protestantes	1547	0,97		1,03	1,16	1378	1,01		1,02	1,03	170	1,28		1,16	1,20
Musulmanes	378	0,74**		0,86	1,21	308	0,75**		0,77*	0,77*	70	1,45		1,21	1,18
Niveau de vie du ménage															
Bas	1807	1,41***			1,11	1761	1,05			1,09	38	1,70			0,96
Moyen	1721	1,45***			1,18*	1646	1,07			1,10	75	2,79**			1,74*
Elevé (R)	1406					1094					312				
Taille du ménage															
<= 4 pers. (R)	1759					1660					99				
> de 4 pers.	3201	1,07			1,11	2871	1,17**			0,92	330	0,88			1,13
-2LL			4999,37	4908,59	4814,45			4346,41	4338,87	4312,89			560,02	529,87	520,10
Pseudo R²			0,009	0,036	0,038			0,010	0,011	0,012			0,029	0,120	0,133

*** : significatif à 1%, ** : significatif à 5%, * : significatif 10%

Source : EDS de 2010

Quant au niveau d'instruction, son effet n'est pas significatif en milieu rural. Au niveau national, le recours tardif aux soins prénataux diminue avec le niveau d'instruction en effet brut. Dans le modèle M2, l'effet de l'instruction diminue en présence du milieu de résidence et de la parité. De

ce fait, seules les femmes de niveau primaire incomplet se montrent plus enclines au recours tardif aux soins prénataux (OR=1,24) comparées aux femmes de niveau égal au moins au primaire complet. En milieu urbain, on observe une relation négative entre les deux variables (OR>3 en effet brut et en M2).

Au niveau national, l'appartenance religieuse exerce un effet significatif au seuil de 5% en analyse bivariée uniquement, les musulmanes consultant moins tardivement (OR=0,74) comparées aux catholiques. L'effet de cette variable n'est pas significatif dans les autres milieux de résidence.

3° Des facteurs socio-démographiques, culturels et économiques (M3)

Dans tous les milieux de résidence, la prise en compte des variables socio-économiques modifie peu les relations observées dans les modèles M2. Au niveau national, la relation positive entre l'âge de la femme à la naissance et le recours tardif aux soins prénataux est renforcée, puisque l'écart entre les 20-24 ans (groupe de référence) et les 30-34 ans qui était significatif au seuil de 10% en M2, l'est au seuil de 5% en M2. En milieu rural, la relation entre ces deux variables n'a pas changé (relation positive). On constate donc un effet de génération puisque le recours tardif à la CPN est plus fréquent à partir de 25 ans. En d'autres termes, les femmes plus jeunes (15-24 ans) sont plus enclines à la CPN précoce. En milieu urbain par contre, le recours tardif des moins de 20 ans est 2,47 fois celui des 20-24 ans. Il n'est pas facile d'expliquer ce résultat. Néanmoins, du fait que les effectifs des moins de 20 ans vivant seules sont importants en 2010 (47,8%) et de leur faible niveau d'instruction (69,5% ont un niveau inférieur ou égal au primaire), il est plus probable que les grossesses hors mariage soient fréquentes chez les adolescentes du milieu urbain. La CPN tardive serait expliquée par le souci de dissimuler la grossesse.

En effet net, comparées aux primipares, les multipares sont plus enclines à la consultation tardive tant au niveau national (OR=1,29 ; $p < 0,05$) qu'en milieu rural (OR=1,21 ; $p < 0,10$). En milieu urbain, l'effet de la parité n'est pas significatif. Dans tous les milieux de résidence, l'état matrimonial de la femme n'exerce pas d'effet significatif sur le recours tardif aux soins prénataux.

En effet net, un écart important entre les milieux de résidence demeure au niveau national. Comparées aux femmes urbaines, le recours tardif aux soins prénataux est 2,37 fois plus fréquent chez les femmes rurales ($p < 0,001$).

Contrairement aux attentes, l'effet du niveau d'instruction de la femme sur le recours tardif est faiblement significatif au niveau national ($p < 0,10$ vs $p < 0,05$ en M2) et absent en milieu rural. En revanche, l'instruction de la femme est un déterminant important en milieu urbain, le recours tardif est 3 fois plus fréquent chez les femmes non-instruites et chez les femmes de niveau primaire comparées aux femmes instruites ($p < 0,001$).

Dans tous les milieux de résidence, l'appartenance religieuse de la femme, le niveau de vie et la taille du ménage n'exercent pas d'effet significatif au seuil de 5% en effet net (tableau 4.8).

Synthèse des analyses multivariées

Les résultats des analyses multivariées montrent que les facteurs associés à la durée de gestation à la première CPN varient selon le milieu de résidence et l'année d'observation.

Tableau 4.9 : caractéristiques des femmes qui consultent tardivement au cours de la grossesse

Milieu de résidence	2002	2010
Au niveau national	Le recours tardif est plus fréquent chez : les multigestes , les femmes vivant seules, les déplacées de guerre, les rurales , les femmes de niveau de vie bas.	Le recours tardif est plus fréquent chez : les femmes âgées de 25 ans et plus, les multipares et les femmes rurales
Milieu rural	Le recours tardif est plus fréquent chez les multigestes et les femmes de niveau de vie bas.	Le recours tardif est plus fréquent chez les femmes âgées de 25 ans et plus
Milieu urbain	Le recours tardif est plus fréquent chez les femmes de niveau d'étude inférieur au secondaire (sans instruction et niveau primaire) et chez les femmes appartenant aux ménages de niveau de vie bas.	Le recours tardif est plus fréquent chez : les femmes âgées de moins de 20 ans, les femmes de niveau d'étude inférieur au secondaire
Camps de déplacés	Le recours tardif est plus fréquent chez les femmes pas ou faiblement instruites.	

En gras = Groupes de femmes qui n'ont pas changé de comportement de santé entre les 2 enquêtes

Au niveau national : seuls le rang de la grossesse/rang de naissance et le milieu de résidence exercent un impact significatif en 2002 et en 2010. En fait, le recours tardif aux soins prénataux est plus fréquent chez les multigestes/multipares (comparées aux primigestes/primipares) et les femmes vivant en dehors du milieu urbain (comparées aux urbaines). En plus de ces deux caractéristiques, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage sont des facteurs dont l'effet est significatif au seuil de 5% en 2002. Concrètement, les femmes vivant seules sont les plus enclines au recours tardif à la CPN plutôt qu'au non-recours ou au recours précoce comparées aux femmes en union. Les femmes sans-instruction, comparées à celles de niveau primaire, sont plus enclines au non-recours plutôt qu'au recours précoce ou au recours tardif. Enfin, les femmes appartenant aux ménages de niveau de vie bas ou moyen sont les plus enclines au non-recours ou au recours tardif plutôt qu'au recours précoce. Il sied de souligner qu'en 2002, l'effet de l'instruction de la femme sur le recours tardif *versus* le recours précoce n'est pas significatif.

En 2010, l'âge de la femme à la naissance exerce un effet positif sur le recours tardif aux soins prénataux. Contrairement aux attentes, le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie de son ménage n'exercent qu'un effet faiblement significatif ($p < 0,10$).

En milieu rural : En 2002 et 2010, peu de variables exercent un effet significatif sur le calendrier de la CPN. En 2002, la gestité influence positivement le recours tardif plutôt que précoce. Les femmes vivant seules et celles sans instruction sont plus enclines au non-recours plutôt qu'au recours tardif. En revanche, seul le niveau de vie du ménage est un déterminant important puisqu'on observe que, dans toutes les régressions, plus le niveau de vie augmente plus le comportement à risque (non-recours ou recours tardif à la CPN) diminue (tableau 4.4).

En 2010, seul l'âge de la femme à la naissance de l'enfant exerce un effet significatif au seuil de 5%. Le recours tardif aux soins prénataux est plus fréquent chez les 25 ans et plus si on les compare aux 20-24 ans. La parité et la religion de la femme auraient un effet significatif si on accepte un seuil de 10%. Il est important de souligner que les analyses descriptive et multivariée révèlent que le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage ne sont pas des déterminants importants en 2010.

En milieu urbain : Le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage exercent un effet négatif sur le recours tardif aux soins prénataux en 2002 et en 2010. En 2002, le recours tardif est plus fréquent chez les femmes peu ou pas instruites et chez les femmes de faible niveau de vie. En 2010, seuls l'âge de la femme à la naissance de l'enfant et niveau d'instruction de la femme exercent un impact significatif. Le recours tardif à la CPN est fréquent chez les femmes plus jeunes (< 20 ans), chez les peu ou pas instruites et chez les femmes de niveau de vie moyen.

« Camps de déplacés de guerre » *versus* « milieu rural »

Dans les camps de déplacés, on observe des relations différentes de celles observées en milieu rural. L'effet du niveau d'instruction de la femme est très significatif dans les régressions « non-recours » *versus* « recours précoce » et « recours tardif » *versus* « recours précoce », alors qu'en milieu rural il l'est dans la régression « non-recours » *versus* « recours tardif » uniquement. L'effet du niveau de vie du ménage n'est pas significatif, alors qu'il l'est en milieu rural. Le non-recours plutôt que le recours tardif est plus fréquent chez les femmes appartenant aux ménages de grande taille alors que l'effet de la taille du ménage n'est pas significatif en milieu rural. Enfin, le non-recours aux soins prénataux est moins fréquent chez les déplacées récentes (1996-2001). Enfin, la date d'installation dans le camp n'a pas d'effet sur le fait de recourir précocement ou tardivement aux soins prénataux.

La section suivante présente, à l'aide des données qualitatives, les motivations du recours ou non aux services de soins prénataux.

4.3. MOTIVATION DU RECOURS AUX SOINS PRENATAUX

Les résultats des régressions logistiques ont permis de mettre en évidence les groupes de femmes qui consultent tardivement au cours de la grossesse mais ne nous aident pas à comprendre les motifs du recours tardif à la CPN. L'objet de la présente section est d'essayer de comprendre, à l'aide des données qualitatives recueillies en 2011, les motivations du recours (précoce ou non) aux soins prénataux. Les données qualitatives permettront également de comprendre la perception des femmes des risques liés à la grossesse et de l'intérêt de la CPN.

Pour rappel, cette enquête qualitative ciblait des femmes ayant déjà eu au moins deux enfants dont l'un est né entre 2000 et 2002 et l'autre après mai 2006.

Encadré 4.1 : Précision sur l'écriture

Dans le souci d'alléger l'écriture, dans la suite des analyses qualitatives, un indice 1 ou 2 sera ajouté au pseudonyme de la femme citée selon que la citation correspond à la grossesse (ou naissance) survenue entre 2000-2002 (x_1) ou après mai 2006 (x_2). Aucun indice ne sera ajouté si la déclaration (ou opinion) de la femme ne se rapporte à aucune des deux grossesses étudiées

Toutes les femmes constituant l'échantillon qualitatif ont bénéficié d'au moins une CPN au cours de leur grossesse. Toutefois, la durée de gestation à la première CPN est très variable. Pour étudier la précocité de la CPN, les enquêtées ont été regroupées en trois catégories : celles qui consultent « précocement », c'est-à-dire avant la fin du 3^{ème} mois de gestation, celles qui consultent entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois et celles qui le font après le 6^{ème} mois.

D'une manière globale, le premier groupe est constitué de femmes plus instruites, de femmes relativement jeunes et/ou de faible gestité. Le deuxième groupe est constitué de femmes urbaines, moins instruites et résidant dans les quartiers périphériques ou de femmes rurales et multigestes. Le troisième groupe est constituée de grandes multigestes essentiellement rurales et peu (ou pas) instruites. Pour la plupart d'entre elles, les grossesses ayant fait l'objet d'étude (c'est-à-dire x_1 et x_2) sont de rang supérieur ou égal à 5. Soulignons que les (ex)déplacées de guerre sont soit dans le premier groupe (5 dont 2 urbaines), soit dans le deuxième groupe (3 déplacées du camp de Nyamirambo)

Chez les femmes urbaines et les (anciennes) déplacées de guerre (Bujumbura et Bukeye), aucun changement de comportement n'est observé entre les naissances de x_1 et de x_2 à l'exception d'une déplacée de guerre du site de Kanyosha. Celle-ci a consulté à 6 mois pour x_1 et à partir du 1^{er} mois pour x_2 à cause des saignements qui l'ont obligée à consulter un gynécologue à plusieurs reprises.

Concernant les femmes rencontrées à Bukeye (hors du site de déplacées), 3 femmes ont consulté précocement, 9 femmes sont allées en CPN entre 4 et 6 mois et 4 femmes ont consulté après 6

mois de grossesse. Cinq femmes n'ont pas eu recours à la première CPN à la même durée de gestation entre x_1 et x_2 . Constance (Bukeye, 35 ans, primaire comp., 6 grossesses) a déclaré être favorable à la CPN précoce mais, en 2011, elle a consulté à 4 mois de grossesse car elle ignorait son état de grossesse suite à une longue période d'aménorrhée. A l'inverse, c'est pour la même raison (aménorrhée) que Micheline (Bukeye, 28 ans, primaire comp., 5 grossesses) qui, normalement consultait au 2^{ème} trimestre (à 5 mois), a consulté à 3 mois pour sa dernière grossesse parce qu'elle voulait faire un test de grossesse. Quant à Zidora (Bukeye, 39 ans, primaire incomp., 6 grossesses) et Domitille (Bukeye, 35 ans, primaire incomp., 6 grossesses), elles avaient l'habitude de consulter entre le 5^{ème} et le 6^{ème} mois de gestation mais elles ont consulté au 7^{ème} mois de leurs dernières grossesses sans aucune raison particulière.

4.3.1. Motifs de la CPN précoce ou tardive

Certaines femmes consultent précocement pour confirmer l'état de grossesse. D'autres sont plutôt guidées par le souci de respect de la norme : il est important de faire suivre régulièrement sa grossesse pour connaître son état de santé et celui de l'enfant. Il s'agit, pour la plupart, des femmes ayant un niveau d'instruction au moins égal au secondaire.

Les principales raisons qui expliquent le recours tardif aux soins prénataux sont la volonté de réduire le nombre de CPN, la longue durée d'attente à la consultation, le manque d'équipement et de personnel compétent au centre de santé, le souci de cacher la grossesse et le manque d'intérêt porté à la CPN.

1^o Recours tardif à la CPN, une stratégie pour réduire le nombre de CPN

A la question de savoir pourquoi Sophie (Nyamirambo, 35 ans, primaire comp., 6 grossesses) ne consultait pas à 3 mois de grossesse, elle s'exclama : «... *commencer à trois mois ! Tu accoucherais épuisée.* »

Selon les femmes enquêtées, il est recommandé d'aller en CPN une fois par mois. Plus la CPN est précoce, plus le nombre de CPN au cours de la grossesse est élevé. Pour les femmes qui ne perçoivent pas l'importance d'une CPN précoce et fréquente, le seul moyen de limiter le nombre de CPN est de consulter tardivement.

2^o Recours tardif à la CPN, conséquence des longs temps d'attente

Marceline (Bukeye, 36 ans, célibataire, 4 enfants) qui doit faire de petits travaux chez les gens car elle n'a pas assez de terre, déclare :

« Patronne, il faut comprendre que la situation est compliquée pour des gens comme nous qui devons nous débrouiller pour vivre. Parfois tu te dis : qu'est-ce que je vais manger si j'y vais aujourd'hui... si je parviens à trouver du travail et que je me sens en forme, pourquoi accepter de perdre mon temps [en allant en CPN] ? »

Etant donné qu'en général, la vie du ménage repose sur la femme (avec ses multiples tâches), aller en CPN c'est accepter de perdre une journée de travail. Toutes les enquêtées ont souligné que la durée d'attente pour une consultation est largement supérieure à la durée de la consultation. L'estimation de la durée de consultation varie entre 4 et 10 minutes alors que certaines ont déclaré avoir attendu toute la matinée au centre de santé.

La plupart des femmes ont affirmé que : *« tout dépend de l'heure d'arrivée puisqu'on entre par ordre d'arrivée »*. A noter que le jour prévu pour les CPN débute par une séance publique d'information et d'éducation et le personnel soignant attend que toutes les femmes soient rassemblées avant de commencer, ce qui contribue à l'allongement de l'attente même pour celles qui arrivent très tôt. Certaines femmes estimaient que cette longue durée d'attente est la conséquence du nombre insuffisant de professionnels de santé :

« Je crois que c'est à cause du manque d'infirmiers suffisant puisqu'il y a des fois où ils commencent par visiter des malades hospitalisés ou par soigner des blessés, et celles qui sont venues pour la CPN sont obligées d'attendre même jusqu'à midi » (Evangeline, Bukeye, 27 ans, primaire compl.).

En d'autres termes, le personnel soignant, en nombre insuffisant, gère tous les services à la fois. Le temps que l'on va passer au centre de santé est tellement imprévisible que ces femmes se préparent en conséquence ; la journée n'est réservée qu'à la CPN. On devine, à travers les propos de certaines femmes, une certaine frustration par rapport au temps qu'elles passent en CPN.

« Comment peux-tu être contente de ça alors que tu as besoin de faire vite et rentrer chez toi pour faire autre chose ? » (Domitille, Bukeye, 35 ans, primaire incomp., cultivatrice).

Quelques femmes, à Bujumbura et les femmes instruites de Bukeye, certes peu nombreuses, ont déclaré qu'en plus des visites prénatales dans des centres de santé, elles consultaient des médecins gynécologues des cliniques privées. Elles estimaient que, dans ces cliniques, la durée d'attente y était relativement courte car, les patientes sont moins nombreuses, de plus, le personnel soignant est plus motivé, plus dynamique.

3^o Recours tardif à la CPN, une volonté de cacher la grossesse

Certaines enquêtées tenaient des propos qui laissaient sous-entendre que dans l'imaginaire collectif, il est interdit de dévoiler son état de grossesse avant une certaine période. Elles n'ont pas honte d'être enceinte mais il ne faut pas non plus s'attirer le regard des « malveillants ». Le

moment viendra où tout le monde le constatera. Or, aller à une CPN va faire comprendre aux autres que l'on est enceinte.

« Si j'y vais tôt, je me demanderai ce que les gens vont penser de moi...Ils vont dire que je me vante car à trois mois la grossesse n'en est pas encore une. Par ailleurs comment être si sûre qu'on est enceinte ! Ils vont dire que tu n'as pas autre chose à faire » (Jeanne, Bukeye, 43 ans, primaire incomp., 10 grossesses).

Et une femme qui s'était arrêtée par curiosité d'intervenir : *« En vérité, on ne peut pas consulter à trois mois de grossesse. »*

Lors de sa première grossesse, en 2003, Dalia (Bukeye, 29 ans, primaire complet) est allée en CPN à 6 mois car, disait-elle :

« je pensais que les soignants vont me chasser ...il y a même des soignants qui risquent de croire que tu viens t'exhiber devant eux ».

Cette femme a changé de comportement après sa 4^{ème} grossesse qui n'est pas arrivée à terme (avortement spontané à 8 mois). A la 5^{ème} grossesse, elle est allée à sa première CPN à 4 mois et y est retournée plusieurs fois de peur d'avoir à nouveau un avortement spontané.

Quant à Evangeline (Bukeye, 27 ans, primaire complet, 5 grossesses), elle est née en Tanzanie. Elle vivait dans un camp de réfugiés en Tanzanie quand elle a eu ses deux premiers enfants (dont l'une en 2002). D'après elle, en Tanzanie, c'est obligatoire de consulter au premier trimestre de la grossesse. Quand elle est rentrée au Burundi, elle s'est installée à Bukeye. Lorsqu'elle a été enceinte, toutes les femmes lui ont dit qu'à Bukeye on peut aller en CPN n'importe quand, même deux semaines avant l'accouchement. Finalement c'est à six mois qu'elle s'est décidée à avoir recours à une CPN et elle a été étonnée de voir que le personnel soignant ne commentait pas ce retard. Selon elle, les jeunes femmes aimeraient aller en CPN plus précocement mais les plus âgées les découragent.

4° Perception de l'évolution de la grossesse

Plusieurs femmes ont fait la remarque suivante : *« qu'est-ce qu'on peut voir (ou sentir) à trois mois ? »*. Pour elles, dans les premières semaines de grossesse, l'enfant n'est pas encore formé. Il s'agit d'une substance fluide qu'on ne peut pas sentir par le simple fait de toucher le ventre de la mère (Laetitia, Muzinda, 37 ans, primaire incompl.; Claire, Bukeye, 51 ans, école caté.).

5° Pas vraiment favorable mais la fiche de CPN est importante

Trois multigestes rencontrées à Bujumbura (Goreth, Mutimbuzi, 39 ans, primaire, 9 grossesses ; Laetitia, Muzinda, primaire, 37 ans, 7 grossesses et Mariam, Kinama, sans instruction, 30 ans, 5 grossesses) ont déclaré avoir recouru à la CPN tardivement parce qu'elles n'avaient plus besoin

de vaccin contre le tétanos (elles ont été vaccinées durant leurs premières grossesses). Elles allaient en CPN juste pour récupérer la fiche de CPN.

Cinq femmes rencontrées à Bukeye (Isabelle, 34 ans, école caté., 7 grossesses ; Irangabiye, primaire, 38 ans, 7 grossesses; Chara, 39 ans, école caté., 8 grossesses ; Marceline, 36 ans, école caté., 7 grossesses et Monique, 29 ans, école caté., 5 grossesses) ne voient pas l'intérêt d'une CPN en l'absence de problèmes de santé. Elles vont en CPN une fois, généralement au 3^{ème} trimestre de gestation, pour récupérer ladite fiche de CPN.

« J'y suis allée parce que j'avais entendu dire que si tu ne vas pas en CPN on ne te soigne pas en cas de problème...mais comme je n'avais aucun problème de santé moi, je ne voyais pas l'intérêt de le faire (...) je serais restée chez moi car je n'avais pas de souci de santé, je cultivais sans problème (...). Ne t'ai-je pas dit que j'y suis allée parce qu'on m'avait fait peur sinon je serais restée chez moi ? » (Domitille, Bukeye, 35 ans, primaire incomp., 6 grossesses)

La possession d'une fiche de CPN est importante pour deux raisons :

- Une opinion largement répandue chez les enquêtées est qu'en l'absence de fiche de CPN, au moment de l'accouchement, le personnel soignant risque de refuser les soins à la parturiente;
- Les femmes qui accouchent habituellement à domicile jugent que la CPN est nécessaire, généralement à l'approche du terme, pour s'assurer que l'accouchement se passera sans risque (généralement pour s'assurer que l'enfant a la bonne position). De plus, il est préférable d'avoir sa fiche de CPN afin de la présenter au personnel soignant en cas de complication à domicile. Sinon, « *au moment de l'accouchement, comment vont-ils t'identifier sans ta fiche [de CPN] ?* », s'étonnait Irangabiye (Bukeye, 38 ans, primaire) qui, pourtant, a toujours accouché à domicile.

Encadré 4.2 : Pourquoi les femmes tiennent tant à la fiche de CPN ?

L'importance de la fiche de CPN aux yeux des femmes est un des résultats inattendus de cette étude. Trois médecins qui ont des responsabilités importantes dans des institutions ayant la promotion et la protection de la santé maternelle ont été interviewés pour comprendre la raison pour laquelle les femmes tiennent tant à cette fiche. Deux avis se sont dégagés :

Selon deux d'entre eux, les femmes sont mal informées par rapport à l'importance de la CPN. Elles considèrent les soins prénataux comme une obligation plutôt que comme des soins préventifs. Selon ces médecins, ce sont les dispensateurs des soins prénataux qui ne donnent pas des informations suffisantes aux bénéficiaires.

Selon un autre médecin, les femmes ont peur des conséquences au moment de l'accouchement. En principe, les prestataires de soins n'ont pas le droit de refuser les soins (accouchement) à une femme qui n'a pas fait de CPN (donc qui n'a pas de fiche de CPN). Mais cette dernière risque de se faire réprimander très violemment par les infirmières qui abusent souvent de leur autorité. Aussi, la fiche de

CPN et de la carte nationale d'identité sont obligatoires pour bénéficier de la gratuité de l'accouchement (information confirmée par une infirmière qui travaille dans un service de maternité d'un des grands hôpitaux de Bujumbura).

4.3.2. Perception des soins prénataux par les femmes

L'un des objectifs de l'enquête qualitative était de comprendre les représentations des soins obstétricaux par les femmes burundaises. Cette section portera donc sur les connaissances des enquêtées sur les risques liés à la grossesse, sur l'intérêt de la consultation prénatale (CPN) et sur les soins administrés à la femme au cours d'une CPN.

4.3.2.1. Connaissances des risques liés à la grossesse

Les femmes enquêtées connaissent les risques liés à la grossesse. Pour certaines enquêtées, une femme enceinte encourt le risque d'avoir une fausse-couche (Dorine, Nyakabiga, 28 ans, secondaire complet, 3 grossesses ; Espérance, Nyakabiga, 32 ans, secondaire complet, 3 grossesses ; Chara, Bukeye, 39 ans, école caté., 8 grossesses) à cause de la fatigue (Marie, Kamenge, 36 ans, primaire incomplet, 6 grossesses). Or, une femme qui a connu plusieurs fausses-couches a une santé fragile (Chara, Bukeye, 39 ans, école caté., 8 grossesses). Pour d'autres, la grossesse peut être à l'origine de certaines maladies (Jacqueline, Kamenge, 39 ans, primaire incomp., 10 grossesses ; Domitille, Bukeye, 35 ans, primaire incomp., 6 grossesses, Liliane, Bukeye, 29 ans, primaire incomp., 7 grossesses) telles que le paludisme (Dorine, Nyakabiga, 28 ans, secondaire complet, 3 grossesses ; Espérance, Nyakabiga, 32 ans, secondaire complet, 3 grossesses ; Evelyne, Kanyosha, 28 ans, secondaire incomp., 3 grossesses) et les infections (Dorine, Nyakabiga, 28 ans, secondaire complet, 3 grossesses). Des douleurs abdominales (Dorine, Nyakabiga, 28 ans, secondaire complet, 3 grossesses), des saignements pendant la grossesse (« *gucishako* ») (Pauline, Bukeye, 36 ans, primaire complet, 5 grossesses ; Kankindi, Bukeye, 29 ans, secondaire incomp., 3 grossesses ; Evelyne, Kanyosha, 28 ans, secondaire incomp., 3 grossesses), des naissances prématurées (Dorine, Nyakabiga, 28 ans, secondaire complet, 3 grossesses) sont également des problèmes de santé que peut rencontrer une femme enceinte. Ainsi, une femme enceinte ou son enfant peut mourir (Divine, 26 ans, primaire incomp., 4 grossesses) si elle ne se fait pas soigner quand elle est malade (Dévotte, site de Nyamirambo, 35 ans, secondaire complet, 5 grossesses).

4.3.2.2. Intérêt de la CPN

La majorité des femmes, sinon toutes, reconnaissent au moins un avantage de la CPN. Trois avantages principaux ont été évoqués :

- a. *La connaissance de l'état de santé du couple mère/enfant* : c'est l'avantage le plus cité par les femmes rencontrées (37 femmes). Elle permet non seulement de confirmer l'état de grossesse mais aussi son évolution. Le premier souci des mères est d'avoir des informations sur l'évolution de la grossesse.
- b. *La détection des grossesses à risque et la prévention des accouchements à risque* : l'argument qui revient très fréquemment (25 femmes sur l'ensemble de l'échantillon) est que « *la CPN permet de voir la position de l'enfant* ». Si un éventuel risque de complication à l'accouchement est détecté à temps, on recommande à la femme un accouchement dans un hôpital plus adapté. Il a été observé que, par grossesses à risques, la majorité des femmes évoque la position anormale (position transversale ou présentation du siège) de l'enfant dans l'utérus.
- c. *Les conseils liés à l'hygiène et la nutrition* : au cours d'une CPN, le personnel soignant va prodiguer des conseils en matière d'hygiène et de nutrition. D'après l'enquête, ces conseils ne sont pas donnés systématiquement dans tous les centres de santé ou services de CPN des hôpitaux.

4.3.2.3. Quels sont les soins prénataux ?

Au cours de l'entretien, il était demandé aux femmes de citer le type de soins prénataux dont elles ont bénéficié. Cependant, toutes n'ont pas spécifié les soins reçus à chaque grossesse⁷⁶. Les femmes rencontrées ont déclaré qu'à chacune de leurs grossesses, elles consultaient un professionnel de santé au moins une fois.

La grande majorité des femmes interrogées ont eu recours à des structures de santé qui sont, géographiquement, proches de chez elles. Elles ont également été examinées par des infirmiers (voir tableau 4.10). Les soins prénataux décrits par les patientes sont les suivants⁷⁷ :

- Des questions en rapport avec la date des dernières règles, des informations sur la femme et son partenaire sont posées par les soignants ;
- Utilisation de « quelque chose qui a la forme d'un entonnoir » (la forme du « mégaphone » pour d'autres) que l'on met sur le ventre et l'autre extrémité sur l'oreille du soignant. Pour certaines femmes, cet instrument permet de sentir si l'enfant respire. Pour d'autres, il sert à écouter les battements du cœur de l'enfant,
- Vaccin sur le bras (vaccin contre tétanos),
- Distribution de vitamines,
- Mesure de la tension,
- Mesure de la taille et du poids de la maman,

⁷⁶ Ma collègue évitait, parfois, de répéter certaines questions sous prétexte qu'elles avaient été posées pour la grossesse précédente

⁷⁷ Les soins de santé sont cités tels que décrits par les enquêtées.

- Mesure de la hauteur du ventre pour mesurer la taille de l'enfant (hauteur utérine),
- Palpation du ventre pour sentir la position de l'enfant.

D'après les enquêtées, ce paquet de soins n'a pas changé depuis la période 2000-2002. Cependant, pour les grossesses conçues après 2006, le dépistage du VIH est presque systématique.

Dix femmes (4 urbaines, 4 rurales et 2 déplacées de guerre) ont déclaré avoir fait, en plus des soins dans les centres de santé, une échographie au moins une fois au cours d'une des deux grossesses faisant l'objet d'étude. Elles ont consulté des gynécologues prestant dans des hôpitaux publics ou dans des cliniques privées.

En matière de CPN, la quasi-totalité des femmes interrogées ont été examinées par un(e) infirmier(e). L'infirmier(e) effectue le relevé de certaines constantes (poids, taille, tension artérielle), mesure la hauteur utérine, ausculte le cœur de l'enfant à l'aide du stéthoscope obstétrical (l'outil sous forme « d'entonnoir » ou « mégaphone » dont parlaient les enquêtées). Il s'agit des soins prénataux les plus fréquemment cités par les enquêtées de tous les milieux de résidence. Cependant, une différence entre milieux de résidence a été remarquée en ce qui concerne des soins prénataux supplémentaires : aucune femme rurale n'a parlé de la prise de tension artérielle contre 3 urbaines et 2 déplacées de guerre ; une seule femme rurale a évoqué le vaccin contre le tétanos contre 5 urbaines et 2 déplacées de guerre ; aucune déplacée de guerre n'a parlé d'examen médicaux complémentaires (prise de sang et échographie) contre 4 urbaines et 4 rurales. Ces examens complémentaires ont été prescrits par des médecins (ou gynécologues) à Bujumbura ou dans les hôpitaux de province.

4.4. Analyse critique du recours aux CPN et conclusion

Les analyses quantitatives montrent qu'au Burundi, le recours à au moins une CPN est satisfaisant. Néanmoins, les soins prénataux précoces et fréquents ne sont pas pratiqués par la majorité des femmes. Les résultats des analyses multivariées montrent qu'au niveau national, le recours tardif à la CPN est plus fréquent chez les femmes qui vivent en dehors du milieu urbain comparées aux urbaines. En milieu rural, le niveau d'instruction ne semble pas être un déterminant important du recours tardif à la CPN puisque son effet n'est pas significatif en 2002 et 2010. L'écart de comportement entre les primigestes et les multigestes, d'une part, et les femmes de niveau de vie bas et celles de niveau de vie élevé, d'autre part, a disparu en 2010. Par contre, on observe un effet de génération puisque les femmes plus jeunes (15-24 ans) ont changé de comportement entre les deux périodes. Elles consultent précocement en 2010 alors que leur comportement n'était pas différent de celui des autres groupes d'âges en 2002.

Contrairement au milieu rural, les résultats des analyses multivariées mettent en évidence l'importance du niveau d'instruction de la femme sur la précocité de la CPN en milieu urbain et dans les camps de déplacés de guerre. En milieu urbain, le recours tardif à la CPN est plus

fréquent chez les femmes de niveau d'études inférieur au secondaire quelle que soit la période d'observation, tandis que dans les camps de déplacés, avoir terminé l'école primaire pourrait suffire pour modifier positivement le comportement de santé des femmes (selon les données de 2002)

Les analyses multivariées montrent également qu'en milieu rural et en milieu urbain, les écarts entre les niveaux de vie du ménage ne sont plus statistiquement significatifs en 2010. Dans les camps de déplacés, ce sont les déplacées de la période 1993-1995 qui sont les plus enclines au non-recours à la CPN qu'au recours précoce ou tardif.

Même si, statistiquement, l'impact du niveau d'instruction de la femme sur la précocité de la CPN n'est pas significatif en milieu rural, les données qualitatives ont montré que les femmes plus instruites sont plus favorables aux soins prénataux de qualité et précoces, et cela indépendamment du milieu de résidence. Les femmes des quartiers périphériques de la capitale Bujumbura, généralement moins instruites et vivant dans des conditions précaires ont un comportement qui n'est pas très différent de celui des femmes du milieu rural : elles vont à leur première CPN tardivement, y vont peu de fois et se rendent aux centres de santé les plus proches. Les contraintes culturelles (dissimuler la grossesse) et la non-intériorisation des avantages des soins préventifs (pourquoi multiplier les CPN en l'absence de problèmes de santé ?) expliquent le retard de la CPN chez ces femmes de faible niveau d'instruction. En revanche, toutes les femmes instruites rencontrées en milieu rural vont dans d'autres provinces (Bujumbura, Kayanza ou Ngozi) pour consulter un gynécologue et faire une échographie (volontaire), en plus des soins au centre de santé.

Rappelons que ce chapitre se proposait de répondre à la question de savoir si les femmes qui viennent tardivement en CPN viennent pour un suivi normal de la grossesse ou parce qu'il y a une quelconque complication. Cette question laisse sous-entendre que les femmes qui viennent en CPN très tardivement le font parce qu'elles ont un problème de santé (complication, pathologie). Mais les données qualitatives montrent au contraire que les femmes consultent tardivement parce qu'elles estiment n'avoir pas de problème de santé. Elles affirment qu'en cas de complication ou de problème de santé, elles consulteraient le personnel soignant plus tôt qu'elles ne le font habituellement. D'autres études faites dans d'autres pays en développement ont observé que la majorité des femmes recourent à la CPN au 2^{ème} trimestre de gestation (MacCaw-Binns *et al.*, 1995 ; Sepou *et al.*, 2000 ; Kabali, 2009). Vangeenderhuysen *et al.* (1998), ont également constaté que les femmes consultent davantage aux 4^{ème}, 6^{ème} et 8^{ème} mois de gestation et « dans 88,9 %, la consultation est systématique et la patiente ne se plaint d'aucun symptôme ». Dans le contexte africain, la principale raison du recours à la CPN tardive est le poids de la culture qui oblige les femmes à être discrètes et dissimuler leur grossesse.

Tableau 4.10 : Tableau de synthèse des résultats qualitatifs sur le recours à la CPN

Milieu de résidence	AGE GESTATIONNEL A LA 1ère CPN			TYPE PRESTATAIRE DE SOINS VISITE		Raisons de CPN précoces	Raisons de CPN tardive
	0-3 mois	4-6 mois	> 6 mois	Infirmer(e)	Infirmer (e) + médecin		
Milieu urbain	Dorine ^{1 et 2} Espérance¹ Francine ^{1 et 2} Fatou ^{1 et 2} Mariam² Divine ^{1 et 2} Nadège ^{1 et 2} Mamerte ^{1 et 2} Emma ^{1 et 2} Joséphine ^{1 et 2}	Alice ^{1 et 2} Anne ^{1 et 2} Marie ^{1 et 2} Chantal ^{1 et 2} Espérance² Gloriose ^{1 et 2} Goreth ^{1 et 2} Jacqueline ^{1 et 2} Mariam¹ Joëlle ^{1 et 2} Claudine ^{1 et 2} Jeanine ^{1 et 2}	Gaudence ^{1 et 2}	Alice ^{1 et 2} Anne ^{1 et 2} Marie ^{1 et 2} Chantal ^{1 et 2} Dorine ¹ Francine ^{1 et 2} Gloriose ^{1 et 2} Goreth ^{1 et 2} Gaudence ^{1 et 2} Fatou ^{1 et 2} Jacqueline ^{1 et 2} Mariam ^{1 et 2} Divine ^{1 et 2} Joëlle ^{1 et 2} Claudine ^{1 et 2} Nadège ¹ Mamerte ¹ Joséphine ^{1 et 2}	Espérance ^{1 et 2} Jeanine ^{1 et 2} Emma ^{1 et 2}	- Confirmation de l'état de grossesse - Suivi régulier de l'évolution de la grossesse - Connaître l'état de santé mère/enfant - Respect de la norme - La plupart sont des femmes instruites	- Absence de problème de santé - Réduire le nombre de CPN - Souci de cacher la grossesse - Plus besoin de vaccin antitétanique chez les multigestes. - faible niveau d'instruction
Milieu rural	Aline ^{1 et 2} Lydia ^{1 et 2} Constance ² Micheline ² Evangéline ¹ Francine ^{1 et 2}	Zidora ¹ Claire ^{1 et 2} Domitile ¹ Irangabiye ^{1 et 2} Jeanne ^{1 et 2} Kankindi ^{1 et 2} Chara ^{1 et 2} Dalia ^{1 et 2} Constance ¹ Micheline ¹ Evangéline² Marceline ^{1 et 2} Monique ^{1 et 2} Nsenga ^{1 et 2}	Zidora² Judith ^{1 et 2} Pauline ^{1 et 2} Isabelle ^{1 et 2} Domitile² Liliane ^{1 et 2}	Zidora¹ Aline ^{1 et 2} Judith ^{1 et 2} Claire ^{1 et 2} Pauline ^{1 et 2} Isabelle ^{1 et 2} Domitile ^{1 et 2} Irangabiye ^{1 et 2} Jeanne ^{1 et 2} Kankindi ^{1 et 2} Liliane ^{1 et 2} Chara ^{1 et 2} Dalia ^{1 et 2} Constance ^{1 et 2} Micheline¹ Evangéline ^{1 et 2} Marceline ^{1 et 2} Monique ^{1 et 2}	Zidora^{1 et 2} Lydia ^{1 et 2} Micheline² Francine ^{1 et 2} Nsenga ^{1 et 2}	- Confirmation de l'état de grossesse (test de grossesse) - Respect de la norme - Changement de mentalité par effet de diffusion - Problème de santé pour les unes - Changement de milieu de résidence (effet de diffusion) pour les autres	- Absence de problème de santé - souci de cacher la grossesse - Réduire le nombre de CPN - Multiples tâches de la femme - Limite des compétences des CS - Récupération de la fiche de CPN chez les non-favorables à la CPN - Faible niveau d'instruction
(ex) Déplacées de guerre	Evelyne² Rénilde ^{1 et 2} Laetitia ^{1 et 2} Dévote ^{1 et 2} Yolande ^{1 et 2} Sophie ^{1 et 2}	Evelyne¹ Claudette² Rachel ^{1 et 2} Nadia ^{1 et 2} Zoena ^{1 et 2}	Crescence ^{1 et 2}	Evelyne¹ Crescence ^{1 et 2} Claudette ² Laetitia ^{1 et 2} Rachel ^{1 et 2} Nadia ^{1 et 2} Dévote ¹	Evelyne² Rénilde ^{1 et 2} Dévote²	- Confirmation de l'état de grossesse (test de grossesse) - Connaître l'état de santé mère/enfant - Respect de la norme	- Absence de problème de santé - Souci de cacher la grossesse - Réduire le nombre de CPN - Multiples tâches de la femme - Faible niveau d'instruction

En gras = les femmes qui ont changé de comportement entre x1 et x2

D'autres motifs expliquent le recours tardif à la CPN chez les femmes enquêtées au Burundi. La majorité des femmes fréquente des centres de santé dont la personne la plus qualifiée parmi le personnel soignant est l'infirmier(e) et celui-ci doit répondre à de multiples obligations. De plus, les moyens matériels sont très limités et ne permettent pas toujours de détecter une grossesse à risque. Vangeenderhuysen *et al.* (1998) dans leur étude sur les prescriptions en CPN à Niamey, ont procédé à une contre-visite médicale. Ils réexaminaient les gestantes en CPN pour juger de la pertinence des prescriptions faites par les sages-femmes. Ils ont constaté que dans près d'un quart des cas, les diagnostics posés par les sages-femmes étaient erronés. Par contre, les références en cas de pathologie lourde sont correctes. Ces auteurs suggèrent donc de « *repenser la formation des sages-femmes en tenant compte de la fréquence des pathologies rencontrées à la consultation et en leur enseignant une véritable démarche diagnostique, une utilisation raisonnée des examens complémentaires et une attitude thérapeutique cohérente tournée davantage vers le traitement étiologique et non simplement symptomatique* ».

D'autres femmes sont découragées par les horaires de CPN. En effet, pour alléger le travail de son personnel de santé, souvent peu nombreux, le centre de santé prévoit des jours, généralement deux jours par semaine, réservés à la CPN et à la vaccination des enfants. A un nombre de patients élevés s'ajoute le manque de personnel soignant (une ou deux personnes prévues pour ce travail) ce qui allonge la durée d'attente des mères pour être examinées. La longue durée d'attente en formation sanitaire n'est pas spécifique au Burundi. Au centre de santé Gaspard Kamara (Dakar), pendant 7 jours ouvrables sur deux semaines consécutives, Seki (2006) a suivi le circuit des gestantes en CPN depuis leur arrivée au centre de santé jusqu'à la fin de la consultation. Elle a constaté que le temps que ces patientes passent au centre de santé varie de 1 minute à 7h06. Le temps moyen d'attente avant d'être consulté par une sage-femme est de 3 heures 15 minutes (03h15) tandis que le temps moyen de consultation est de 15 minutes. Dans quatre centres de santé de Niamey, Moussa (2003) a calculé le temps de présence effective d'une sage-femme dans la salle de consultation : sur 4h30 de temps réglementaire (de 8h à 12h30), elle n'y a passé qu'une heure et 8 minutes (01h08).

Selon la littérature, les principales causes de la longue durée d'attente en formation sanitaire sont : le nombre élevé de patientes (Seki, 2006), les retards des soignants et leur absence sur les lieux de soins à cause des mobilités à l'intérieur du centre (Moussa, 2003), l'absentéisme du personnel soignant (Moussa, 2003 ; Koné, 2003 ; Seki, 2006), le tri des « privilégiées » au détriment des patientes anonymes (Moussa, 2003 ; Diallo, 2003 ; Seki, 2006), des activités annexes telles que le repas, le petit commerce, etc. (Moussa, 2003), des visites anarchiques des délégués médicaux (Seki, 2006), des réunions organisées pendant les heures de consultation (Seki, 2006), la mauvaise organisation du travail, les CPN et les consultations de planification familiale étant organisées en même temps (Moussa, 2003 ; Seki, 2006), etc.

Au-delà des facteurs identifiés, il y a lieu d'interroger le système sanitaire lui-même. Dans un contexte de moyens matériels limités tel qu'observé dans les centres de santé, les femmes sont soumises au même rituel (mêmes soins à chaque visite) qu'elles-mêmes jugent inutiles ou

inefficaces. Seules les femmes qui ont des moyens (intellectuels et/ou matériel) prennent l'initiative de consulter un gynécologue parallèlement aux CPN habituelles. Aussi, les normes de CPN au Burundi ne sont pas conformes à celles de l'OMS. Selon les informations contenues dans la fiche de santé de la femme (« fiche de CPN »), la première CPN est dite facultative et elle peut avoir lieu entre 18 semaines et 32 semaines d'aménorrhée, donc au-delà du premier trimestre de gestation (voir figure 1.11 annexe 1). La deuxième, requise, se fait à 32 semaines. Il est tout à fait logique que « en l'absence de problème de santé »⁷⁸, une femme vaque à ses multiples tâches en attendant la date de la CPN requise. De plus, le contenu de ladite fiche de CPN est rédigé en français pour un public à majorité incapable de le lire. Ceci constitue un obstacle à l'intégration de l'aspect préventif de la CPN. En d'autres termes, l'hypothèse sur l'insuffisance de la sensibilisation à l'intérêt de la CPN est confirmée.

⁷⁸ Selon l'enquête qualitative de 2011, les femmes consultent tardivement parce qu'elles estiment qu'elles n'ont pas des problèmes de santé

CHAPITRE V : ANALYSE DU LIEU D'ACCOUCHEMENT

En plus des soins administrés à la gestante (entre autres le vaccin contre le tétanos et la supplémentation en micronutriments), la CPN joue un rôle important dans la prévention des risques obstétricaux. Les soins prénataux sont également censés préparer la femme à l'accouchement dans de meilleures conditions (accouchement assisté par le professionnel de santé). C'est effectivement l'analyse du lieu d'accouchement par les femmes burundaises qui fait objet du présent chapitre.

L'analyse exploratoire des données quantitatives montrent une diminution remarquable de l'accouchement à domicile entre l'ESD-SR de 2002 et l'EDS de 2010. Il passe de 70% à 37,5% au niveau national, de 75,5% à 39,9% en milieu rural et de 18,4% à 12,1% en milieu urbain. Cette diminution pourrait résulter de la politique de gratuité de l'accouchement en vigueur depuis 2006.

En plus d'analyser les déterminants de l'accouchement à domicile et les perceptions des avantages/inconvénients de l'accouchement à domicile *vs* l'accouchement en formation sanitaire, ce chapitre a également pour objectif d'analyser l'impact de la mesure de gratuité des accouchements. Plus exactement, ce chapitre se propose de répondre à la question de savoir pourquoi une proportion importante de femmes (par exemple, 40% de femmes rurales selon l'EDS de 2010) continuent d'accoucher à domicile même dans un contexte de gratuité des soins.

Pour répondre à ces préoccupations, cinq hypothèses sont formulées. Tout d'abord, on suppose que le niveau de vie du ménage et le niveau d'instruction de la femme sont les facteurs les plus déterminants de l'accouchement à domicile dans tous les milieux de résidence. Cependant, le rôle du niveau d'instruction est plus grand en milieu rural et dans les camps de déplacés tandis qu'en milieu urbain, c'est le niveau de vie qui exerce l'impact plus important. Ensuite, concernant les femmes déplacées de guerre, si les résultats exploratoires ont montré qu'elles accouchent moins à domicile comparées aux femmes rurales (Nkurunziza, 2007), il y a lieu de supposer que leur comportement dépend de leur date d'arrivée dans le camp. De plus, les femmes ou les familles ne sont pas suffisamment sensibilisées aux avantages d'un accouchement en formation sanitaire. Enfin, on suppose que la gratuité de l'accouchement a aggravé les dysfonctionnements des formations sanitaires, ce qui décourage les femmes déjà « réticentes » à l'accouchement dans des structures de soins de santé. Ajoutons que l'attitude et l'attention des professionnels de santé à l'égard des mères pour la plupart rurales, pauvres, illettrées, etc., ne sont pas encourageantes.

La validation de ces hypothèses sera rendue possible par les données quantitatives provenant des enquêtes de 2002 et 2010 pour la première hypothèse, par les données quantitatives de 2002 pour la deuxième hypothèse et par les données qualitatives de 2011 pour les trois dernières hypothèses.

Ce chapitre comporte quatre sections : la première présente les caractéristiques des femmes qui accouchent à domicile. La deuxième section procède à l'analyse des facteurs explicatifs de

l'accouchement à domicile et la troisième porte sur les motivations du choix du lieu d'accouchement. Enfin, la quatrième section consiste en une discussion des résultats.

5.1. Caractéristiques des femmes selon les données quantitatives

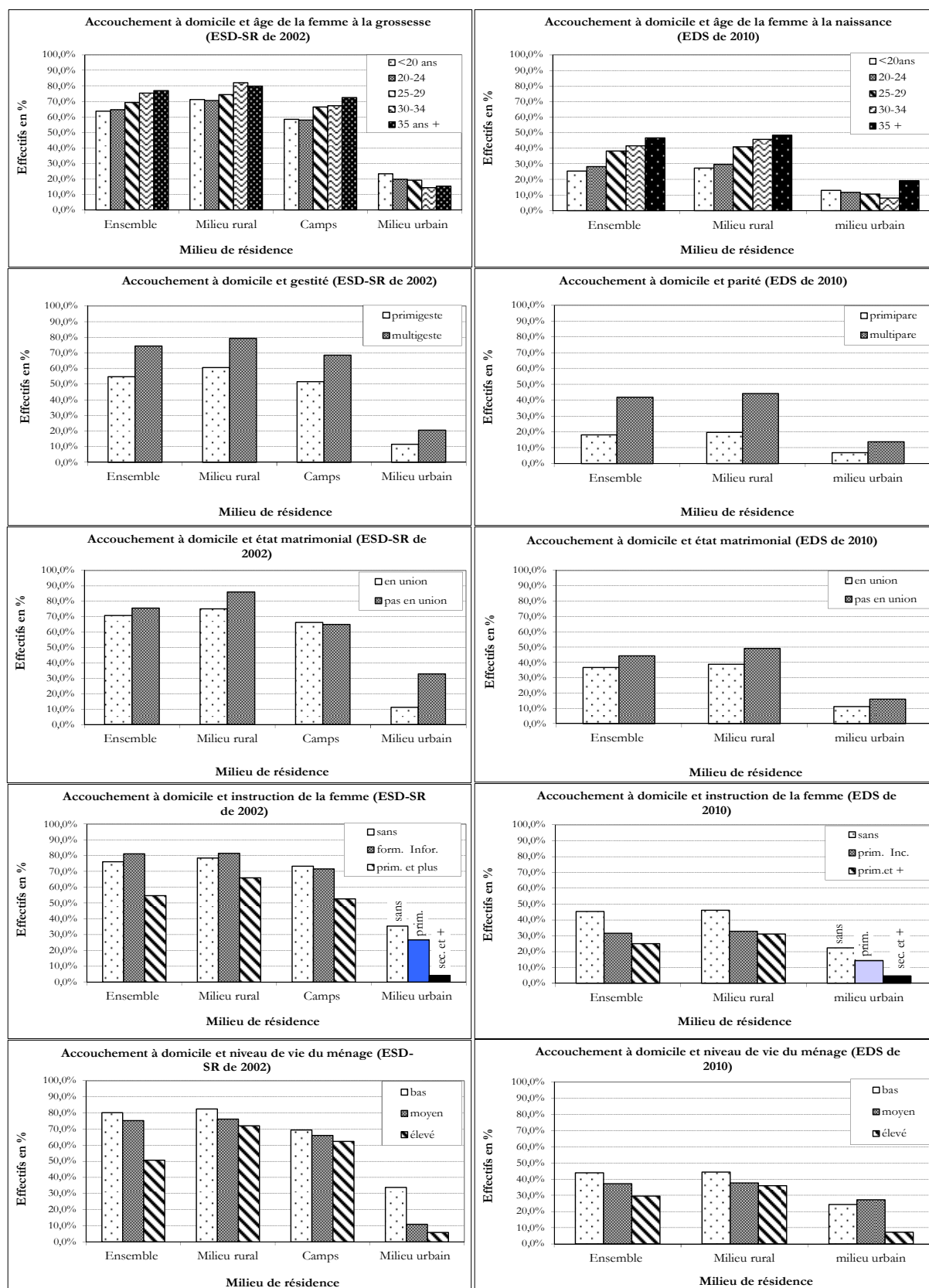
Les analyses bivariées montrent une diminution sensible des accouchements à domicile dans toutes les catégories de femmes. En 2002 et en 2010, le lien entre l'âge de la femme à la grossesse/naissance et le lieu d'accouchement est partout significatif sauf en milieu urbain. En 2002, des plus jeunes au plus âgées, les fréquences varient de 63,8% à 77% au niveau national, de 71,2% à 80% en milieu rural et de 58,5% à 72,5% dans les camps de déplacés. En 2010, elles varient de 25,3% à 46,7% au niveau national et de 27,3% à 48,4% en milieu rural.

Une relation positive entre la gestité/parité et l'accouchement à domicile est également observée dans tous les milieux de résidence et aux deux dates. Cependant, en milieu urbain, cette relation n'est significative qu'au seuil de 10%.

En 2002, le lien entre l'état matrimonial et le lieu d'accouchement est significatif sauf dans les camps de déplacés de guerre. L'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes vivant seules comparées à celles vivant en union (75,6% vs 70,7% au niveau national, 75,1% vs 86,1% en milieu rural et 11,2% vs 32,8% en milieu urbain). En 2010, cette relation est significative au niveau national (36,7% vs 44,3%) et en milieu rural (38,9% vs 49,1%).

Quant au niveau d'instruction de la femme, sa relation négative avec le lieu d'accouchement est très significative ($p < 0,001$). Cependant, les données de 2002 montrent que l'écart les femmes sans instruction et celles ayant fait une formation informelle n'est pas significatif au niveau national, en milieu rural et dans les camps de déplacés. Ces données montrent également les proportions de femmes de niveau au moins égal au primaire qui accouchent à domicile restent élevées : 54,7% au niveau national, 66% en milieu rural et 52,7% des déplacées de guerre. En milieu urbain, le niveau d'accouchement à domicile diminue sensiblement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme, les proportions étant estimées à 35,4%, 26,7% et 4,2% respectivement chez les femmes sans instruction, celles de niveau primaire et celles de niveau au moins égal au secondaire.

Figure 5.1 : Relations entre l'accouchement à domicile et quelques caractéristiques des femmes selon le milieu de résidence et la période d'observation



Sources : ESD-SR de 2002 et EDS de 2010 au Burundi

En 2010, la fréquence des accouchements à domicile diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction comparativement aux données de 2002. Cependant, les proportions d'accouchements à domicile des urbaines restent stables (4,2% en 2010 *vs* 4,6% en 2002).

En 2002, on observe une relation négative entre le niveau de vie du ménage et l'accouchement à domicile. Cette relation est également observée en 2010 à l'exception du milieu urbain où les femmes de niveau de vie moyen sont un peu plus nombreuses (27,3%) à accoucher à domicile comparées à celles de niveau de vie bas (24,4%). En 2002 et en 2010, l'accouchement à domicile est très faible chez les urbaines de niveau de vie élevé (5,7% en 2002 et 7,2% en 2010).

En résumé, la statistique du χ^2 montre que plusieurs variables ont un lien significatif avec le lieu d'accouchement (tableaux 5.5a et 5.5.b en annexe 5). Pour la gestité/parité, le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie, leur relation avec le lieu d'accouchement reste significative quel que soit le milieu de résidence et la période d'observation.

Au niveau national, l'âge de la femme à la grossesse, son état matrimonial, son instruction, sa religion, le niveau de vie et la taille de son ménage ont un lien significatif avec l'accouchement à domicile en 2002. Les proportions d'accouchement à domicile varient de 42,2% chez les musulmanes à 93,1% chez les déplacées de guerre. En 2010, l'âge de la femme à la naissance, sa parité, son état matrimonial, son instruction, le niveau de vie et la taille de son ménage ont un lien significatif avec l'accouchement à domicile. Les proportions de femmes qui accouchent à domicile sont comprises entre 18,2% chez les primipares et 46,7% chez les femmes âgées de 35 ans et plus.

En milieu rural, toutes les variables sélectionnées ont un lien significatif avec l'accouchement à domicile aux deux périodes à l'exception de la religion de la femme. En 2002, les proportions d'accouchements à domicile varient de 60,6% chez les primigestes à 86,1% chez les femmes vivant seules. En 2010, ces proportions varient de 27,3% chez les femmes âgées de moins de 20 ans à 46,1% chez les femmes non-instruites.

En milieu urbain, à l'exception de l'âge de la femme à la grossesse, toutes les variables ont un lien significatif avec l'accouchement à domicile en 2002. Les proportions sont comprises entre 13% chez les femmes âgées de moins de 20 ans et 22,4% chez les femmes non-instruites. En 2010, par contre, seuls la parité, l'instruction et le niveau de vie du ménage ont une relation significative avec l'accouchement à domicile en milieu urbain.

Dans les camps de déplacés, seul l'état matrimonial n'a pas de relation significative avec l'accouchement à domicile en 2002. Les fréquences d'accouchement à domicile varient de 48,3% pour les primigestes à 74,1% pour les femmes sans instruction.

5.2. Facteurs associés à l'accouchement à domicile selon le milieu de résidence

La variable « lieu d'accouchement » étant ici une variable dichotomique (accouchement à domicile *versus* accouchement dans une structure sanitaire), les résultats présentés dans ce chapitre ont été obtenus à l'aide de la régression logistique binaire. De même que dans le précédent chapitre, l'interprétation des résultats se limitera aux OR significatifs sachant qu'un $OR > 1$ indique que la caractéristique est associée à l'accouchement à domicile. À l'inverse, un $OR < 1$ signifie que la fréquence de l'accouchement à domicile est moins élevée dans le groupe concerné comparée au groupe de référence.

1° Des facteurs socio-démographiques (M1)

En 2002, la relation entre l'âge de la femme à la grossesse et l'accouchement à domicile varie selon le milieu de résidence. Au niveau national, c'est à partir de 25-29 ans que les femmes sont plus susceptibles d'accoucher à domicile en effet brut (les $OR > 1$) comparées aux femmes de 20-24 ans (groupe de référence). En M1, seul l'écart entre ces dernières et les plus âgées est significatif au seuil de 10% ($OR = 1,25$). En milieu rural, l'effet de l'âge de la femme n'est pas significatif en M1 alors qu'en effet brut l'accouchement à domicile est plus fréquent dans les deux dernières tranches d'âges. Dans les camps de déplacés, l'accouchement à domicile évolue positivement à partir de 25-29 ans en effet brut. Dans le modèle M1, l'accouchement à domicile augmente de 56% chez les moins de 20 ans si on accepte un seuil de 10% et de 44% chez les 35 ans et plus ($p < 0,05$) comparées aux 20-24 ans. En effet brut comme dans le modèle M1, l'âge de la femme n'exerce pas d'effet significatif en milieu urbain.

En 2010, la relation entre l'âge de la femme à la naissance et l'accouchement à domicile est très significative sauf en milieu urbain. Au niveau national et en milieu rural, l'accouchement à domicile est plus fréquent à partir de 25-29 ans en effet brut tandis qu'en M1, il est fréquent dans toutes les tranches d'âges comparativement aux femmes de 20-24 ans.

Aux deux dates et dans tous les milieux de résidence, les multigestes/multipares sont les plus nombreuses à accoucher à domicile comparées aux primigestes/primipares, les OR étant supérieurs à 2 (tableaux 5.1 et 5.2).

En 2002, la relation entre l'état matrimonial et le lieu d'accouchement est significative sauf dans les camps de déplacés. Dans les autres milieux, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes vivant seules comparées à celles vivant en union. La même relation est observée en 2010 sauf en milieu urbain.

Tableau 5.1 : Déterminants de l'accouchement à domicile selon l'ESD-SR de 2002 (***) : significatif à 1‰, ** : significatif à 5‰, * : significatif 10‰)

Variables	Ensemble du pays (N=3031)					Milieu rural (N=1178)					Camps de déplacés (N=1499)					Milieu urbain (N=558)					
	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3	M4	N	Effet brut	M1	M2	M3
Age de la femme à la grossesse																					
20-24 ans (R)	570					216					279						137				
<20 ans	190	0,97	1,24	1,43*	1,50*	67	1,05	1,40	1,38	1,44	95	1,02	1,56*	1,57*	1,54	1,51	66	1,27	1,41	1,32	1,28
25-29 ans	825	1,23*	0,91	0,73**	0,69**	317	1,21	0,81	0,70	0,68	385	1,42**	1,12	1,01	1,00	1,00	170	0,98	1,00	0,89	0,87
30-34 ans	530	1,69**	1,20	0,94	0,85	203	1,90**	1,19	1,00	0,87	309	1,48**	1,13	0,93	0,90	0,93	101	0,69	0,71	0,58	0,68
35 ans +	917	1,83***	1,25*	0,84	0,76*	375	1,66**	0,99	0,84	0,75	400	1,91***	1,44**	1,18	1,12	1,19	85	0,74	0,70	0,58	0,67
Rang de grossesse																					
Primigestes (R)	476					181					213						116				
Multigestes)	2556	2,38***	2,38***	2,78***	2,76***	997	2,50***	2,86***	2,78***	2,63***	1286	2,38***	2,38***	2,27***	2,22***	2,17***	443	2,00**	3,70**	2,94**	2,94**
Etat matrimonial																					
En union (R)	2541					1011					1186						363				
Pas en union	490	1,29**	1,40**	2,33***	2,30***	167	2,07**	2,25**	2,33**	2,15**	312	0,86	0,93	1,06	1,08	1,12	195	3,90***	4,29***	2,93***	2,32**
Milieu de résidence																					
Urbain (R)	239																				
Camps	169	8,48***		6,65***	4,39***																
Rural	2624	14,32***		11,69***	7,41***																
Instruction de la femme																					
Sans	653	2,65***		1,89***	1,79***	254	1,88**		1,75**	1,61**	519	2,62***		2,28***	2,21***	2,09***	sans: 67	12,29***		11,58***	7,52***
Form. inform.	1379	3,54***		2,25***	2,14***	591	2,28***		2,16***	2,07***	488	2,33***		2,20***	2,14***	2,04***	prim: 270	8,24***		7,57***	5,15***
Primaire et + (R)	987					329					482						sec+: 220				
Religion de la femme																					
Catholiques (R)	2232					914					863						231				
Protestantes	638	0,86		0,75	0,72	231	0,95		0,96	0,90	593	1,25**		1,22	1,20	1,02	131	1,50		0,29***	0,29***
Musulmanes	156	0,26***		1,00	0,97												194	0,53**		1,03	0,99
Niveau de vie du ménage																					
Bas	1307	3,95***			2,10***	386	1,81**			1,77**	522	1,49**			1,28*	1,14	228	8,89***			2,96**
Moyen	994	2,94***			1,56***	366	1,24			1,22	503	1,21			1,13	1,02	170	2,11*			1,01
Elevé (R)	731					425					474						160				
Taille du ménage																					
<= 4 pers. (R)	1088					420					494						225				
> de 4 pers.	1926	1,50***			1,23*	750	1,64**			1,35	1003	1,45**			1,13	1,08	331	0,59**			0,72
Date d'installation au camps																					
1993-1995 (R)											453										
1996-2001											1015	1,88***				1,64***					
-2LL			3450,34	3048,05	3009,83			1206,96	1185,20	1178,20			1804,04	1757,57	1753,87	1741,19			473,91	413,75	396,64
Pseudo R²			0,04	0,22	0,23			0,05	0,08	0,10			0,04	0,08	0,08	0,10			0,15	0,30	0,34

Tableau 5.2 : Déterminants de l'accouchement à domicile selon l'EDS de 2010 (***: significatif à 1‰, **: significatif à 5‰, * : significatif 10‰)

Variables	Ensemble du pays (N=4960)					Milieu rural (N=4532)					Milieu urbain (N=429)				
	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3
Age de la femme à la grossesse															
20-24 ans (R)	1290					1190					100				
<20 ans	323	0,86	1,42**	1,52**	1,51**	278	0,90	1,50**	1,50**	1,49**	45	1,17	1,57	1,63	1,33
25-29 ans	1315	1,58***	1,21**	1,28**	1,28**	1197	1,65***	1,25**	1,29**	1,28**	118	1,00	0,91	0,99	1,52
30-34 ans	852	1,81***	1,29**	1,44***	1,44***	757	2,00***	1,43**	1,49***	1,49***	95	0,65	0,53	0,64	0,64
35 ans +	1180	2,12***	1,47***	1,30***	1,32**	1110	2,11***	1,46***	1,30***	1,30**	70	1,90	1,49	1,56	1,60
Gestité															
Primipares (R)	927					814					113				
Multipares	4032	3,25***	3,27***	3,23***	3,14***	3718	3,24***	3,22***	3,23***	3,14***	315	2,18*	2,98**	2,56*	2,29*
Etat matrimonial															
En union (R)	4434					4082					352				
Pas en union	526	1,32***	1,70***	1,79***	1,73***	450	1,46***	1,83***	1,78***	1,73***	76	1,37	1,57**	1,80	1,70
Milieu de résidence															
Milieu urbain (R)	428														
Milieu rural	4532	5,07***		4,09***	3,81***										
Niveau d'instruction															
Sans	2602	2,44***		1,99***	1,86***	2520	1,87***		1,89***	1,77***	sans: 81	5,59***		5,04***	3,29**
Prim. inc	1344	1,39***		1,25**	1,20*	1238	1,09		1,15	1,11	prim : 178	3,61**		3,39**	2,56**
Primaire et + (R)	1014					773					sec. +: 169				
Religion															
Catholiques (R)	3029					2841					188				
Protestantes	1547	0,97		1,00	1,01	1378	1,04		1,02	1,02	170	0,76		0,66	0,70
Musulmanes	378	0,86		0,97	0,96	308	0,98		0,96	0,95	70	1,12		0,91	0,88
Niveau de vie du ménage															
Bas	1807	1,84***			1,29**	1761	1,41***			1,25**	38	3,04**			1,70
Moyen	1721	1,39***			1,06	1646	1,07			1,00	75	4,36***			2,96**
Elevé (R)	1406					1094					312				
Taille du ménage															
<= 4 pers. (R)	1759					1660					99				
> de 4 pers.	3201	1,51***			1,03	2871	1,64***			1,04	330	0,87			0,94
-2LL			6288,02	6051,34	6012,85			5838,88	5760,38	5722,92			292,12	276,91	268,00
Pseudo R²			0,066	0,125	0,127			0,069	0,089	0,092			0,052	0,019	0,153

2° Des facteurs socio-démographiques et culturels (M2)

L'introduction des variables socio-culturelles dans les modèles améliore l'adéquation de ceux-ci dans tous les milieux de résidence (voir les valeurs des -2LL et R^2 dans les tableaux 5.1 et 5.2). En 2002, la relation entre l'âge de la femme à la grossesse et l'accouchement à domicile est modifiée au niveau national (voir M1 et M2 dans le tableau 5.1). Ainsi, la fréquence de l'accouchement à domicile augmente de 43% chez les moins de 20 ans ($p < 0,10$) et diminue de 27% chez les 25-29 ans ($p < 0,05$) comparées aux 20-24 ans. L'écart entre ces dernières et les femmes d'au moins 30 ans n'est pas significatif dans le modèle M2. En milieux rural et urbain, la relation entre les deux variables n'est toujours pas significative. Dans les camps de déplacés, seul l'écart entre les moins de 20 ans et les 20-24 ans est significatif si on accepte un seuil de 10% ($OR = 1,57$).

En 2010, par contre, l'effet de l'âge de la femme à la naissance est très significatif sauf en milieu urbain. Au niveau national et en milieu rural, l'accouchement à domicile est plus fréquent dans toutes les tranches d'âge comparées à celle d'âge compris entre 20 et 24 ans.

En 2002, la relation positive entre la gestité et l'accouchement à domicile est observée en M2 et ce, dans tous les milieux de résidence. La relation positive entre la parité et l'accouchement à domicile est également observée en 2010 à l'exception du milieu urbain où le seuil de significativité passe de 5% en M1 à 10% en M2 en contrôlant le niveau d'instruction de la femme.

En 2002, la relation entre l'état matrimonial et l'accouchement à domicile n'a pas changé par rapport au modèle M1, ce sont les femmes vivant seules qui accouchent le plus à domicile comparées à celles vivant en union. En milieu urbain, cependant, l'OR est passé de 4,25 à 2,93 en contrôlant le niveau d'instruction de la femme. En 2010, cette relation n'a pas changé au niveau national et en milieu rural à part la fluctuation des rapports de cotes. Comme dans le modèle précédent, l'effet de l'état matrimonial n'est pas significatif en milieu urbain.

Les données des deux enquêtes montrent un écart de comportement entre les femmes urbaines et les non-urbaines. Cet écart est plus important en 2002 qu'en 2010 car, comparées aux urbaines, l'accouchement à domicile est 8,48 fois et 6,65 fois plus élevé chez les déplacées de guerre en effet brut et en M2 respectivement. Il est 14,32 fois et 11,69 fois plus élevé chez les femmes rurales en effet brut et en M2 respectivement. En 2010, l'accouchement à domicile est 5,07 fois et 4,09 fois plus élevé chez les femmes rurales en effet brut et dans le modèle M2 respectivement.

L'instruction de la femme exerce également un impact sur le lieu d'accouchement quel que soit le milieu de résidence et la période d'observation. En 2002, la différence entre les trois niveaux d'instruction est partout significative au seuil de 1%. Cependant, la relation est en forme de « $\cap$ » au niveau national et en milieu rural et elle est négative dans les camps de déplacés et en milieu urbain. C'est en milieu urbain que les écarts entre les niveaux d'études sont les plus importants. Comparées aux femmes de niveau égal au moins au secondaire, la fréquence de l'accouchement à

domicile est autour de 12 fois et 8 fois plus fréquent chez les femmes non-instruites et celles de niveau primaire respectivement. En 2010, on observe une relation négative entre l'instruction de la femme et l'accouchement à domicile. En milieu rural, cependant, l'écart de comportement entre les femmes de niveau primaire incomplet et celles de niveau égal au moins au primaire complet n'est pas significatif.

En 2002, l'effet de l'appartenance religieuse sur le lieu d'accouchement n'est pas significatif en milieu rural. Au niveau national, la relation est significative en effet brut uniquement. Ainsi, l'accouchement à domicile diminue de 74% chez les musulmanes comparées aux catholiques et ces dernières n'ont pas un comportement différent de celui des protestantes. Dans les camps de déplacés, la relation est significative en effet brut seulement, les protestantes étant les plus nombreuses à accoucher à domicile comparées aux catholiques (OR= 1,49). En milieu urbain, la relation est différente en effet brut et en M2. En effet brut, seul l'écart entre les catholiques (groupe de référence) et les musulmanes est significatif (OR=0,53) et en M2, seul l'écart entre les premières et les protestantes est significatif (OR=0,29). En 2010, l'effet de l'appartenance religieuse de la femme sur le lieu d'accouchement n'est significatif dans aucun des milieux de résidence.

3° Des facteurs socio-démographiques, culturels et économiques (M3).

En 2002, l'effet de l'âge de la femme à la grossesse n'est significatif qu'au niveau national après la prise en compte des variables socio-économiques. L'accouchement à domicile est plus fréquent chez les moins de 20 ans (OR= 1,50 et $p<0,10$), moins fréquent chez les 25-29 ans (OR= 0,69 et $p<0,05$) et chez les 35 ans et plus (PR= 0,76 et $p<0,10$). En 2010, la relation entre l'âge de la femme à la naissance de l'enfant est significative sauf en milieu urbain. Dans les autres milieux de résidence, l'accouchement à domicile est plus fréquent dans toutes les tranches d'âges comparées aux femmes de 20-24 ans.

En 2002, la gestité est un déterminant démographique incontournable du lieu d'accouchement. L'accouchement à domicile augmente avec la gestité de la femme et ce, dans tous les milieux de résidence. En 2010, la relation positive entre la parité de la femme et l'accouchement à domicile est observée au niveau national et en milieu rural.

En 2002, l'état matrimonial est un déterminant important sauf dans les camps de déplacés où son effet n'est significatif dans aucun des modèles. Ailleurs, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes vivant seules comparées à celles vivant en union. La même relation est observée en 2010 au niveau national et en milieu rural.

Aux deux dates, on observe également l'effet du milieu de résidence sur le lieu d'accouchement. En 2002, les écarts entre les milieux de résidence restent importants bien qu'ils soient réduits par le contrôle du niveau de vie du ménage. Comparées aux femmes urbaines, l'accouchement à

domicile est 4,39 fois et 7,41 fois plus fréquent respectivement chez les déplacées de guerre et chez les rurales. En 2010, il est 3,80 fois plus fréquent chez les femmes rurales.

Le niveau d'instruction de la femme est également un facteur important du lieu d'accouchement. En 2002, on observe qu'au niveau national et en milieu rural, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes non-instruites comparées à celles de niveau égal au moins au primaire mais moins fréquent par rapport aux femmes ayant suivi un enseignement informel. Dans les camps de déplacés, la relation est négative mais l'écart entre les non-instruites et celles ayant suivi un enseignement informel est quasi nul (OR correspondant aux deux groupes est autour de 2). En milieu urbain, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les non-instruites (OR=7,5) et celles de niveau primaire (OR=5,15) comparées à celles de niveau égal au moins au secondaire. En 2010, la relation entre les deux variables est négative dans tous les milieux de résidence. Au niveau national, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les non-instruites et chez celles de niveau primaire incomplet (OR respectives = 1,86 et 1,20) comparées à celles de niveau au moins égal au primaire complet. En milieu rural, il augmente de 77% chez les non-instruites comparées aux femmes de niveau égal au moins au primaire complet et le comportement n'y est pas différent selon qu'on ait terminé le primaire ou non. En milieu urbain, les non-instruites et celles de niveau primaire sont les plus nombreuses à accoucher à domicile (OR respectives = 3,29 et 2,56) comparées aux plus instruites.

En présence des autres variables, la religion ne semble pas être un déterminant important du lieu d'accouchement. En 2002, son effet est significatif en milieu urbain uniquement où l'accouchement à domicile diminue de 71% chez les protestantes comparées aux catholiques et l'écart entre ces dernières et les musulmanes n'est pas significatif. En 2010, son effet n'est significatif dans aucun des milieux de résidence.

En 2002 et en 2010, le niveau de vie du ménage exerce un effet négatif sur l'accouchement à domicile. En 2002, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes appartenant aux deux catégories inférieures au niveau national (OR = 2,10 et 1,56 respectivement) comparées à celles de niveau de vie élevé. Dans les autres milieux, il est plus fréquent chez les femmes de niveau de vie bas et l'écart entre les deux catégories supérieures n'est pas significatif. Cette relation est également observée en 2010 au niveau national et en milieu rural. En milieu urbain, l'écart de comportement entre les femmes de faible niveau de vie et celles de niveau élevé (groupe de référence) tandis que les femmes de niveau de vie moyen se montrent plus enclines à l'accouchement à domicile (OR= 2,96).

En 2002, l'effet positif de la taille du ménage sur l'accouchement à domicile est significatif en analyse bivariable dans tous les milieux de résidence. En effet net, il est significatif au niveau national uniquement au seuil de 10%. L'accouchement à domicile augmente de 23% chez les femmes appartenant aux ménages de grandes tailles (plus de 4 membres) comparées à celles vivant dans les ménages de petite taille. En 2010, la relation positive entre la taille du ménage et

L'accouchement à domicile est observée en effet brut uniquement au niveau national (OR=1,52) et en milieu rural (OR =1,64). Elle n'est pas significative en milieu urbain.

Modèle final (M4) dans les camps de déplacés

La prise en compte de la variable relative à la date d'arrivée dans le camp ne modifie pas les relations observées dans le modèle M3 excepté pour le niveau de vie dont l'influence disparaît dans le modèle final. Quant à l'effet de la date d'arrivée dans le camp, l'analyse multivariée montre que ce sont les déplacées « récentes » qui accouchaient le plus à domicile comparées aux déplacées de la période 1993-1995. Ce résultat pourrait être expliqué, du moins en partie, par l'évolution du conflit socio-politique qu'a connu le pays (chapitre 1). Des régions qui ont été particulièrement touchées en 1993-1995 commençaient à retrouver progressivement la paix au moment où d'autres sont devenues le théâtre d'affrontements entre les forces gouvernementales et les différents mouvements rebelles. En plus de la pauvreté extrême dans laquelle vivaient ces déplacées de guerre, l'accès aux formations sanitaires était difficile à cause de l'insécurité. C'est le cas, par exemple, du site de déplacés de Nyamirambo (*cf.* section 3 du même chapitre). Avant 2003, le centre de santé du site n'ouvrait que le matin à cause de l'insécurité. Plusieurs femmes accouchaient à domicile ou en cours de route vers d'autres centres de santé. L'inégale répartition de l'aide humanitaire est également un facteur non négligeable. En fait, l'intervention humanitaire auprès des personnes déplacées ou réfugiées varie en fonction des phases traversées par les bénéficiaires pendant la crise (Creel, 2002, p.3 et Laliberté, 2007, p.4). Au début de l'installation, les humanitaires privilégient les soins d'urgence, un service minimum. Durant la stabilisation de la crise (situation dans laquelle les déplacés de 1993-1995 se trouvaient en 2002), les services de santé maternelle et infantile sont élargis. Il est alors recommandé que des dispensaires soient créés dans des camps de déplacés (*idem*). Cette intervention humanitaire, si inégalement répartie, expliquerait la différence observée entre les femmes rurales et les déplacées de guerre dans le sens où les premières doivent payer leur frais de santé, et aussi parcourir des longues distances pour atteindre des établissements de santé. Par ailleurs, les analyses multivariées montrent qu'en 2002, l'impact du niveau de vie du ménage est significatif en milieu rural mais ne l'est pas dans les camps de déplacés.

➤ Synthèse des résultats des analyses multivariées

Au regard de ces résultats, force est de constater que les facteurs associés au lieu de l'accouchement varient en fonction du milieu de résidence et de la période d'observation.

Au niveau national, toutes les variables exercent un impact significatif sur l'accouchement à domicile à l'exception de la religion (en 2002 et en 2010) et de la taille du ménage en 2010. En 2002, toutes les relations vont dans le sens attendu à l'exception de l'âge de la femme à la grossesse et du milieu de résidence. Concernant l'âge de la femme, on constate que

l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les plus jeunes (moins de 20 ans et 20-24 ans). Quant au milieu de résidence, les déplacées de guerre accouchent moins à domicile comparées aux femmes rurales. En 2010, toutes les relations significatives vont dans le sens attendu.

Tableau 5.3 : Synthèse des résultats multivariés

Milieus de résidence	En 2002	En 2010
Au niveau national	L'accouchement à domicile est plus fréquent chez : les femmes de moins de 25 ans, les multigestes, les femmes vivant seules, les non-urbaines, les femmes de niveau inférieur au primaire, les femmes de niveau de vie bas et moyen	L'accouchement à domicile est plus fréquent chez : les âgées de moins de 20 ans et celles de plus de 25 ans, les multipares, les femmes vivant seules, les femmes rurales, les femmes sans instruction et les femmes de niveau de vie bas.
En milieu rural	L'accouchement à domicile est plus fréquent chez : les multigestes, les femmes vivant seules, les femmes de niveau d'instruction inférieur au primaire et les femmes de niveau de vie bas.	L'accouchement à domicile est plus fréquent chez : les âgées de moins de 20 ans et celles de plus de 25 ans, les multipares, les femmes vivant seules, les femmes sans instruction et les femmes de niveau de vie bas.
En milieu urbain	L'accouchement à domicile est plus fréquent chez : les multigestes, les femmes vivant seules, les femmes de niveau d'instruction inférieur au secondaire, les catholiques et les femmes de niveau de vie bas.	L'accouchement à domicile est plus fréquent chez : les femmes de niveau inférieur au secondaire, les femmes de niveau de vie bas et moyen.
Camps de déplacés	L'accouchement à domicile est plus élevé chez : les multigestes, les femmes de niveau d'instruction inférieur au primaire et les déplacées de guerre de la période 1996-2001	

En milieu rural, l'effet de l'âge de la femme à la grossesse n'est pas significatif en 2002 tandis qu'en 2010, l'accouchement à domicile est plus fréquent dans toutes les tranches d'âges comparées aux 20-24 ans en 2010. Aux deux enquêtes, l'effet de la gestité/parité, de l'état matrimonial, le niveau d'instruction et du niveau de vie du ménage vont dans le sens attendu.

En milieu urbain, cinq variables (la gestité, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, la religion et le niveau de vie) exercent un effet significatif en 2002 et seuls le niveau d'instruction et le niveau de vie exercent un effet significatif en 2010. Toutes ces relations vont dans le sens attendu.

Dans les camps de déplacés, ce sont les multigestes, les femmes peu ou pas instruites et les déplacées de la période 1996-2001 qui accouchaient le plus à domicile en 2002.

5.3. Motivations selon le lieu d'accouchement

Les analyses quantitatives montrent que plusieurs variables expliquent l'accouchement à domicile mais ne permettent pas de comprendre les mécanismes par lesquels ces facteurs agissent sur ce comportement. Pourquoi certaines femmes accouchent-elles à domicile et d'autres non ? Aux deux enquêtes, il a été demandé aux femmes qui ont accouché à domicile d'énumérer les raisons d'accouchement à domicile. Malheureusement, les réponses à cette question ne sont pas disponibles dans l'EDS de 2010.

L'analyse des raisons d'accouchement à domicile à partir de l'ESD-SR de 2002 montre que le principal facteur de ce comportement n'était ni le niveau de pauvreté des populations comme le laisse sous-entendre la politique de gratuité de l'accouchement, ni l'insécurité comme on peut l'imaginer dans une société en conflits armés. Il existait d'autres raisons non spécifiées (figures 5.2 à 5.5 en annexe 5). Dans la modalité « autres raisons », les effectifs sont partout élevés comparés aux autres modalités. Ces effectifs varient de 60,4% de femmes ne vivant pas en union à 38,5% de femmes urbaines au niveau national, de 63,6% pour les femmes en union à 47,4% pour les femmes de niveau primaire et plus en milieu rural. Dans les camps de déplacés, ces proportions varient de 57,7% pour les déplacées de 1993-1995 à 41,3% pour les femmes de niveau primaire et plus.

En procédant à un classement des raisons avancées pour un accouchement en dehors des établissements sanitaires au niveau national et en milieu rural, quelle que soit la catégorie des femmes, après la modalité « autres », c'est le manque de formation sanitaire proche qui est la deuxième raison évoquée (de 29,6% pour les femmes vivant seules à 12,3% pour les femmes musulmanes et autres au niveau national, de 30,9% pour les femmes de niveau primaire et plus à 16,7% pour les femmes vivant seules en milieu rural). Le coût de l'accouchement est en troisième position (de 27,3% pour les femmes urbaines à 9,7% pour les femmes de niveau de vie moyen au niveau national, de 19,3% pour les femmes de niveau de vie bas à 8,7% de femmes de niveau de vie élevé en milieu rural). La quatrième raison est soit l'insécurité (de 12,8% pour les femmes urbaines à 2,8% pour les femmes de formation informelle au niveau national, de 5,7% pour les femmes de niveau primaire et plus à 2,5% de femmes ayant une instruction informelle en milieu rural), soit le manque de formation sanitaire adaptée (de 6,5% pour les femmes de moins de 20 ans à 1,2% pour les femmes vivant seules au niveau national, de 6,7% pour les femmes de niveau de vie moyen à 1,5% pour les femmes ne vivant pas en union en milieu rural).

Dans les camps de déplacés, le coût des soins et le manque de formation sanitaire proche sont respectivement en deuxième et troisième position après les « autres » raisons. Cet ordre est observé dans toutes les catégories à l'exception des primigestes et des femmes de niveau d'étude égal au moins au primaire chez qui l'ordre est le suivant : « autres » raisons, manque de formation sanitaire proche et le coût des soins. L'insécurité est citée en quatrième position, quoique avec de

très faibles effectifs (15% des femmes de niveau égal au primaire et 6,4% des femmes non-instruites).

Contrairement aux autres milieux de résidence où les véritables raisons d'un accouchement à domicile étaient « autres » que les possibilités proposées lors de l'enquête, en milieu urbain, quatre principales modalités de réponses regroupaient de grands effectifs : « autres raisons », « coût des soins », « manque de formations proches » et « insécurité » étaient fréquemment citées (figures 5.2 à 5.5 annexe 5). Cependant, l'énumération de ces raisons variait d'une catégorie à l'autre.

Les entretiens approfondis ont permis de mettre en évidence les motivations de l'accouchement dans un lieu plutôt que dans un autre et les perceptions des avantages/inconvénients de l'accouchement à domicile versus l'accouchement en structure de soins de santé. Les entretiens ont également permis de comprendre l'opinion des enquêtées sur la gratuité de l'accouchement.

Encadré 5.1 : Notion de « *Muganga* »

Il est important d'élucider un concept qui se trouve dans quelques extraits d'entretien. Il s'agit de la notion de « *Muganga* ». En principe, les termes « *umuganga* » (« *abaganga* » au pluriel) et « *umuforoma* » (« *abaforoma* » au pluriel) signifient respectivement médecin et infirmier. Mais dans le langage populaire, souvent, « *umuganga* » est un terme générique utilisé pour désigner tout professionnel de santé moderne voire, toute personne qui travaille dans le secteur de la santé. On appellera une structure sanitaire, « *kwa muganga* » (littéralement, « chez *muganga* »).

Cette confusion des grades du personnel de la santé est expliquée par le faible niveau d'instruction des usagers des services de santé. Il n'y a pas de signe extérieur permettant de distinguer les catégories du personnel de la santé. Médecins, infirmiers, matrones, tous portent des blouses blanches, posent des diagnostics et soignent les patients. « *Tous sont des « baganga »* » (Marie, Kamenge, primaire incomp., 6 grossesses).

Or, certains accouchements sont pratiqués par des aides-soignantes⁷⁹ formées sur le tas. A titre d'exemple, cinq femmes sur les six rencontrées au camp de déplacés de Nyamirambo ont déclaré avoir été assistées par une infirmière (« *umuforoma* ») pendant l'accouchement. Et pourtant, il s'agissait d'une aide-soignante formée sur le tas (selon Dévotte, site de Nyamirambo, 35 ans, secondaire compl., 5 grossesses).

Dans la suite des analyses, « *muganga* » (ou « *abaganga* ») sera remplacé par soignant (ou soignants). Au cas où le terme s'avère ambigu, il sera repris tel quel.

⁷⁹ Il s'agit normalement des travailleuses du centre de santé. Or, selon la définition des tâches attribuées à chaque catégorie du personnel du secteur de la santé, le travailleur du centre de santé est chargé de la propreté des locaux et des alentours et de servir d'intermédiaire (facteur) entre le centre de santé et le secteur de santé (cf. Burundi, *Ministère de la Santé Publique*, 2004, p.50)

5.3.1. *Du lieu d'accouchement en milieu urbain*

En milieu urbain, les données qualitatives confirment les résultats des enquêtes quantitatives. Non seulement l'accouchement à domicile est peu fréquent en milieu urbain mais il a diminué entre la période 2000-2002 et après mai 2006⁸⁰.

Les femmes rencontrées à Bujumbura (sans les déplacées de guerre) ont déclaré avoir toujours accouché en formation sanitaire à l'exception de cinq femmes. Pour trois des cinq femmes, l'accouchement à domicile a eu lieu durant la période 2000-2002 tandis qu'il a eu lieu après mai 2006 chez la quatrième. Pour la 5^{ème}, ses trois accouchements ont eu lieu à domicile.

Les raisons d'accouchement à domicile sont différentes pour les cinq femmes : Francine (Kamenge, 28 ans, primaire complet, 3 grossesses dont une gémellaire) a accouché à domicile trois fois assistées par sa mère, matrone dans un des hôpitaux publics de la ville. En 2002, Gaudence (Buterere, 35 ans, école caté., 5 grossesses) a accouché de son 2^{ème} enfant à domicile (tout comme pour ses quatre premiers enfants) parce qu'elle le préférait ainsi. Cependant, en 2010, elle a accouché dans un C.S. parce qu'elle y a été référée suite au dépistage du VIH/SIDA qui a révélé sa séropositivité. Alice₁ (Kamenge, 30 ans, primaire compl, 1^{ère} grossesse) et Mariam₂ (Kinama, 30 ans, sans instr., 4^{ème} grossesse) ont accouché à domicile de façon inattendue. La première était à sa première grossesse et n'a pas reconnu les signes du travail d'accouchement, tandis que pour la seconde l'enfant est né au moment où elle s'apprêtait pour aller au centre de santé proche de chez elle :

« J'ai senti les contractions très tôt le matin. Je me suis levée pour faire la toilette avant de partir au centre de santé... L'enfant est tombé dans la bassine ».

Enfin, en 2001, Chantal₁ (Kamenge, sans instr., ne connaît pas sa date de naissance, 2^{ème} grossesse) a décidé d'accoucher à domicile car elle n'avait pas les moyens de payer les frais de santé.

Aux femmes qui ont déclaré avoir accouché de x_1 et x_2 en formation sanitaire, il leur était demandé de préciser le type de formation et les motifs du choix de la formation en question. Selon ces femmes, les raisons du choix de la formation sanitaire sont :

➤ *L'accessibilité géographique* : la majorité des femmes rencontrées à Bujumbura choisissent d'accoucher dans une formation sanitaire qui est proche de chez elles. Cependant, Anne₁ (Kamenge, 25 ans, secondaire incomp., 1^{ère} grossesse) vivait à Kanyosha lors de son premier accouchement. Elle a choisi d'accoucher à l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), qui n'est pas géographiquement proche de chez elle, mais proche des amies qui pouvaient l'aider. Quant à

⁸⁰ En guise de rappel, mai 2006 fait référence à la date de prise de décision, par le gouvernement burundais, de rendre l'accouchement gratuit dans toutes les structures de santé publiques et assimilées.

Gloriose₂ (Carama, 30 ans, primaire comp., 5^{ème} grossesse), elle avait prévu d'accoucher à l'HPRC mais, elle a accouché dans un centre de santé privé proche de chez elle à cause des travaux communautaires du samedi matin⁸¹.

➤ *La gratuité des soins* : quatre femmes qui accouchaient habituellement dans des centres de santé privé proches de chez elles, préfèrent aller dans les hôpitaux publics depuis la mesure de gratuité de l'accouchement. Il s'agit de femmes des quartiers de la périphérie nord de la ville qui vont accoucher à l'HPRC ou au CHU de Kamenge et de celles de Kanyosha (périphérie sud) qui vont accoucher à la Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR).

➤ *Formation adaptée* : certaines femmes ont été référées à un hôpital bénéficiant du personnel et de soins adaptés parce qu'elles présentaient une grossesse à risque. C'est le cas d'Espérance₁ (Nyakabiga, 32 ans, secondaire comp., 2^{ème} grossesse) dont « *le bassin était rétréci* », Divine₂ (Kanyosha, 26 ans, primaire incomplet, 4^{ème} grossesse) dont la césarienne était déjà programmée, Claudine₂ (Kinama, 42 ans, secondaire incomp., 4^{ème} grossesse) qui a été transférée au CHU de Kamenge parce qu'elle présentait une grossesse à risque.

➤ *Réputation de la formation* : Certaines femmes choisissent ou évitent une formation sanitaire en fonction de sa réputation, la rumeur jouant un rôle important, tant chez les moins instruites, que chez les instruites. Deux cas permettent d'illustrer ce motif :

Marie (Kamenge, primaire incomp.) a accouché de son premier enfant à domicile mais les enfants suivants sont nés à l'hôpital Roi Khaled (CHUK). Pourtant, en 2006, elle a choisi d'accoucher dans un centre de santé privé car, disait-elle :

« ... on m'avait fait peur en disant qu'à l'hôpital Roi Khaled les soignants traitent mal les enfants et leurs mères. On dit que, si le travail dure longtemps, ils lui font une opération [césarienne] vite sans attendre (...). J'ai préféré payer de l'argent mais pour vu que j'accouche dans de bonnes conditions »

Joséphine avait deux naissances au moment de l'enquête. La première a eu lieu à l'HPRC. La deuxième a eu lieu à la CPLR car :

« les gens racontaient que les choses ont changé à l'hôpital Prince Régent Charles, que la prise en charge des mères n'est plus bonne » (Joséphine₂, Jabe, 30 ans, niveau secondaire, 2^{ème} grossesse).

⁸¹ Depuis l'arrivée au pouvoir du parti CNDD-FDD, en 2005, le samedi matin est consacré aux travaux communautaires et d'intérêt collectif. Toute circulation est interdite avant 10 h du matin. Ces travaux communautaires ne sont pas une nouvelle décision du parti au pouvoir. Il s'agit d'une réactualisation d'une pratique qui a été pendant longtemps répandue en Afrique centrale et orientale (voir Guichaoua, 1991) et qui, au Burundi, avait été abandonnée au début des années 1990, avec l'avènement de la démocratie.

Ces deux femmes faisaient allusion à l'effet de la politique de gratuité de l'accouchement. Certaines personnes estiment que le personnel soignant n'est plus motivé et que la prise en charge des mères en souffre.

5.3.2. Du lieu d'accouchement en milieu rural

Si les données quantitatives montrent une diminution des accouchements à domicile entre l'ESD-SR de 2002 et l'EDS de 2010, les données qualitatives ne montrent pas un changement de comportement apparent en milieu rural si l'on compare les naissances de 2000-2002 et celles d'après mai 2006. Quantitativement parlant, sur l'ensemble de l'échantillon qualitatif, il y a presque autant de femmes qui ont toujours accouché à domicile que de femmes qui ont déclaré être favorables à un accouchement dans une formation sanitaire.

Un changement de comportement entre les deux périodes étudiées a été remarqué chez trois femmes seulement ; une des deux naissances étudiées a eu lieu à domicile et l'autre dans une formation sanitaire. Les raisons de ce changement ne sont pas les mêmes pour les trois femmes :

- Claire₂ (Bukeye, 51 ans, école caté., 10^{ème} grossesse), après le dépistage du VIH/SIDA dont les résultats se sont révélés négatifs, a décidé d'accoucher de son 10^{ème} enfant au centre de santé car, disait-elle, elle avait peur du VIH/SIDA. Pourtant, toutes ses précédentes naissances avaient eu lieu à domicile.
- c'est grâce à la mesure de gratuité de l'accouchement que Nsenga₂ (Bukeye, 37 ans, primaire compl., 6^{ème} grossesse) a accouché de son 6^{ème} enfant au centre de santé.
- Quant à Pauline₂ (Bukeye, 36 ans, primaire compl., 5^{ème} grossesse), elle a accouché de son 5^{ème} enfant à domicile malgré elle puisqu'elle s'apprêtait pour aller au centre de santé quand tout à coup elle accoucha. Ses quatre précédents accouchements avaient eu lieu au centre de santé.

Les points suivants vont traiter des motifs d'accouchement en formations sanitaires ou non selon le milieu de résidence.

5.3.2.1. Les raisons d'accouchement en formation sanitaire en milieu rural

Pour les femmes rurales qui ont accouché dans une formation sanitaire, les motifs du choix de la formation sont les mêmes que pour les femmes urbaines :

Accessibilité géographique : les femmes qui ont accouché au centre de santé de Bukeye, l'ont choisi parce que c'est le C. S. le plus proche.

Grossesse à risque : certaines femmes ont accouché dans un hôpital parce qu'elles y ont été référées suite à une grossesse à risque. Elles ont accouché à l'hôpital de Kayanza (Kankindi, 29 ans, secondaire incomplet, ses 3 naissances), de Muramvya (Constance₂, 35 ans, primaire compl., 6^{ème} grossesse) ou à Bujumbura (Francine, 36 ans, secondaire comp., ses 4 grossesses).

5.3.2.2. Les raisons d'accouchement à domicile en milieu rural

L'enquête qualitative a permis de comprendre combien il est difficile de saisir les raisons de l'accouchement à domicile en milieu rural. Pourtant, c'est en milieu rural que ce comportement est le plus répandu. Presque la moitié des femmes rencontrées dans les ménages de Bukeye (hors du site de déplacés) sont de grandes multipares dont la quasi-totalité des accouchements est survenue à domicile avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. Bon nombre de ces femmes ont déclaré que c'était contre leur volonté qu'elles avaient accouché à domicile, que les choses se passaient tellement vite qu'elles n'avaient pas le temps de se rendre au centre de santé. Malgré les multiples relances, les femmes ne déclaraient pas facilement les « vraies » raisons de leur comportement. Des réponses du type, « *n'ubujuju* » (« c'est de l'ignorance »), « *vyashitse giturumbuka* » (« les choses se sont passées très vite ») revenaient souvent.

Néanmoins, l'analyse des détails des récits (y compris ceux des femmes qui accouchent en structures de soins) permettent de saisir certains éléments d'explication. Par exemple, Domitille (Bukeye, 35 ans, primaire incompl., 6 grossesses) a accouché de ses cinq enfants⁸² à domicile. Elle dit :

« Même si on dit qu'aujourd'hui on accouche gratuitement...ici, à la maison, tu paies 2000Fbu. Tu acceptes de vendre un panier de patates douces pour payer les 2000Fbu (...) puisque ces personnes qui ont atteint un certain âge, elles savent que la pauvreté existe. Elles se disent : « celle-là ce n'est pas de sa faute, elle est pauvre » et elles ne te méprisent pas (...). Mais ces jeunes [soignants] peuvent te dire que tu n'es pas propre, que tu ne laves pas tes vêtements alors que toi tu sais qu'il y a des fois où tu as besoin du savon mais que tu ne peux pas t'en procurer».

L'analyse de cette réponse de Domitille ainsi que celles des autres femmes soulève plusieurs éléments qui expliqueraient (en partie, peut-être) l'accouchement à domicile : la pauvreté, la place de l'accoucheuse traditionnelle dans la communauté, un conflit de génération entre les soignants et les patientes, l'exigence de propreté, les conditions de vie des femmes et l'expérience de maternité.

1° La pauvreté

Avant la gratuité des soins de l'accouchement, plusieurs femmes accouchaient à domicile en raison de leur incapacité à payer les factures. Même avec la gratuité, la pauvreté reste une barrière à l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres qui craindraient les regards indiscrets et

⁸² Elle avait déjà eu 6 grossesses dont une fausse-couche.

méprisants (Francine, Bukeye, 36 ans, secondaire comp., enseignante). Outre les frais liés aux soins (qui sont actuellement gratuits), il y a des frais liés à la préparation à l'accouchement et qui sont toujours à la charge de la famille. Il faut avoir le minimum nécessaire pour un accouchement : draps, vêtements pour le bébé et pour la maman, nourriture, etc.

Constance (Bukeye, 35 ans, primaire complet, 6 grossesses) accouche habituellement en formation sanitaire. Selon elle, le personnel soignant humilie les plus démunies :

« Il se peut que tu n'as que le seul vêtement que tu portes et on te dit d'en emmener un autre alors que toi tu n'en as pas. A ce moment là, on veut te montrer qu'on te méprise alors que toi tu n'a pas les moyens. »

Une femme a raconté qu'au centre de santé de Bukeye, il y a des vêtements pour bébé qui sont disponibles et qui coûtent 4000Fbu l'ensemble. L'enfant dont la mère n'a rien prévu est habillé et la mère (ou la famille) doit payer ses vêtements au risque d'être pris en otage au centre de santé.

2° La proximité de l'accoucheuse traditionnelle

Selon les données quantitatives disponibles, plus de 50% (59,1% en 2002 et 51,4% en 2010) des accouchements à domicile sont assistés par une accoucheuse traditionnelle. Selon certaines femmes interviewées pendant l'enquête qualitative, l'accoucheuse traditionnelle est accessible facilement (la nuit comme le jour). C'est une mère, une tante ou une voisine. Elle connaît les conditions de vie de ces femmes, leurs sources de revenu. En plus, grâce à son âge (beaucoup sont déjà grand-mères) elle a une certaine sagesse, une certaine maturité qui fait qu'elle ne juge pas, mais comprend.

Les femmes interrogées manifestent leur confiance dans la compétence de l'accoucheuse traditionnelle car elle a reçu une formation.

« Nous avons une « muganga » qui a été formée. Si elle te disait : « vas au centre de santé ! » Tu devais y aller à l'instant même » (Jeanne, Bukeye, 43 ans, primaire incomp., 10 grossesses).

Selon certaines femmes, de même que le centre de santé te réfère à une formation sanitaire de niveau supérieur en cas de complication, de même l'accoucheuse traditionnelle te réfère au centre de santé en cas d'accouchement compliqué. Les femmes favorables au service de l'AT établissent une hiérarchie de prestataires des soins, l'accoucheuse traditionnelle est en bas de l'échelle mais détient un savoir-faire incontestable car elle a été formée⁸³. Néanmoins, les accoucheuses qui exerçaient le métier avant la formation sont préférées aux accoucheuses formées à la pratique de l'accouchement car, estiment les clientes, la première catégorie d'AT a un don, une vocation. Elles ont toujours exercé sans intérêt.

⁸³ En guise de rappel, la formation des accoucheuses traditionnelles s'inscrivait dans les stratégies de réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement (chapitre 1, encadré 1.2).

Selon les entretiens effectués auprès de deux accoucheuses traditionnelles de Bukeye, les AT ne sont plus approvisionnées en matériel de travail comme c'était le cas auparavant. Elles ont donc décidé de ne plus assister les femmes qui accouchent à domicile. Elles leur proposent plutôt de les accompagner au centre de santé. Cependant, les femmes qui ne veulent pas se rendre en formation sanitaire ont trouvé une astuce pour contourner cette recommandation : c'est à la dernière minute qu'elles font appel à l'accoucheuse traditionnelle et celle-ci est mise devant le fait accompli. Elle n'a plus d'autre choix que d'accoucher la femme.

3° Difficile interaction soignants/soignées

Certaines femmes qui ont déjà des grands enfants sont gênées d'être prises en charge par de jeunes soignants qui ont presque le même âge que leurs aînés.

« (...) tu vois, dans le passé, il y avait des gens adultes mais aujourd'hui ce sont des jeunes qui sont là et quand tu as un problème, ils ne prennent pas soin de toi (...). D'ailleurs ça nous dérange car, nous les adultes, quand nous voyons un enfant du même âge que celle-là⁸⁴ venir nous examiner alors que nous savons que nous avons tel âge avec autant de naissances et que nous voyons un enfant qui a le même âge que nos enfants (...); nous sommes blessées dans notre amour propre. Cela arrive souvent. Ou quand la personne nous examine et qu'elle dit que tout va bien mais qu'un problème survient par après, nous nous disons : « ces enfants qui nous examinent ne connaissent rien » » (Jeanne, Bukeye, 43 ans, primaire incomp., 10 grossesses).

Cet avis n'est pas partagé par toutes les enquêtées. Certaines indiquent qu'il ne faut pas sous-estimer les compétences acquises à l'école, quel que soit le jeune âge du professionnel. Mais, c'est la prise de conscience de la douleur d'enfantement qui compte. Une jeune fille, une religieuse ou une femme qui n'a jamais eu d'enfant peut-elle être en mesure de se représenter ce que c'est l'accouchement ? S'interrogeaient certaines femmes⁸⁵.

Il a également été souligné que l'attitude du personnel soignant ou plutôt l'image du personnel soignant au sein de la population peut être un frein à l'accouchement dans une formation sanitaire. En effet, si l'attitude du personnel soignant n'a jamais été citée comme une cause directe d'accouchement à domicile, certaines critiques à l'égard du comportement des prestataires de soins méritent d'être mises en évidence.

Partant du constat qu'il y a encore des femmes qui accouchent à domicile (question posée à toutes les enquêtées), Jeanne (Bukeye, 43 ans, primaire incomp., 10 accouchements à domicile) déclara tout d'abord que, même si elle en fait partie, c'est de l'ignorance (*n'ubujuju*). De plus, disait-elle, cette pratique n'existe plus grâce à la gratuité de l'accouchement. A force d'insister (à l'aide des relances), Jeanne raconte :

⁸⁴ Elle montre sa fille adolescente.

⁸⁵ Selon ces femmes, aucune des infirmières de la maternité du centre de santé de Bukeye n'a d'enfants.

« cette accoucheuse [traditionnelle] prend soin des parturientes (hum). Oui, comme elle les traite avec soin, elles comparent avec le centre de santé où tu les appelles pour t'examiner mais, eux, ils viennent nonchalamment (hum), ils ne s'approchent pas de toi (...). Il y a eu des rumeurs mais pour moi, quand ça arrive, c'est par la volonté de Dieu. C'était déjà écrit que ça arrivera. Et puis, moi je n'y crois pas. D'ailleurs, j'aime beaucoup cette infirmière. Il s'agissait d'un accident et les gens ont dit que c'est elle qui a refusé d'accoucher la femme mais, ce n'était pas vrai ».

Moi : elle a refusé d'accoucher une femme et celle-ci est décédée ?

Jeanne : oui, l'enfant est décédé. Il paraît que la maman, elle aussi, est décédée après quelques jours

Moi : c'était en quelle année ?

Jeanne : je ne m'en souviens plus, il y a deux ans peut-être

Moi : et les gens ont eu peur d'aller au centre de santé ?

Jeanne : oui (...) mais pour moi ça ne doit pas être un prétexte (...) c'était le plan de Dieu et les gens ont dit qu'elle a négligé cette femme.

A travers cet extrait, on sent une gêne chez Jeanne. Elle hésitait à nommer l'événement dont il est question (« il y a eu des rumeurs mais quand ça arrive...c'était écrit ») et essayait de défendre l'infirmière (*il s'agissait d'un accident...moi je n'y crois pas*). Pourtant, cette histoire a créé une méfiance dans la population vis-à-vis du personnel de la maternité du centre de santé.

Encadré 5.2 : Témoignage des AT par rapport à l'attitude du personnel soignant

Une des accoucheuses traditionnelles interviewées m'a raconté une histoire similaire à celle de Jeanne (probablement la même). Il s'agit d'une femme qui était allée accoucher au centre de santé. Après 4 jours d'absence de contractions, les soignants lui ont proposé d'aller attendre chez elle. Trois jours après, la femme est revenue au C.S., mais l'enfant était déjà mort. Suite à des complications, la femme a été transférée à l'hôpital de Muramvya où elle est décédée après une semaine. D'après cette AT, l'histoire a fait beaucoup de bruit et elle-même semblait condamner les infirmières. Selon elle, l'enfant était décédé durant le premier séjour au C.S. mais les infirmières ne l'avaient pas remarqué.

Les deux AT ont longuement insisté sur la négligence des infirmières vis-à-vis des parturientes. Elles citaient des cas de femmes qui ont accouché au C.S. sans aucune assistance.

Les deux AT rencontrées sont les plus appréciées à Bukeye (leurs noms étaient souvent cités par les enquêtées). Elles exercent leur métier depuis plus de 30 ans, longtemps avant la formation des AT. L'une comme l'autre n'ont jamais connu d'expérience malheureuse (décès de la mère ou de l'enfant par exemple). Cela peut renforcer leur réputation chez les femmes favorables à l'accouchement à domicile.

4° L'exigence de la propreté

Au cours des entretiens, il était demandé à la femme de raconter tout le déroulement du processus depuis le début du travail jusqu'à l'accouchement. Certaines femmes n'étaient pas chez elles au début des contractions (elles étaient au champ, au marché ou ailleurs), mais elles sont

d'abord allées à la maison pour faire leur toilette avant d'aller au centre de santé. Elles ont fini par accoucher à domicile, en raison du retard pris pour se préparer.

A travers des propos de femmes, on constate qu'il existe une opinion répandue selon laquelle il faut être propre avant d'aller à la maternité. Dans le cas contraire, on risque d'être blâmée par le personnel soignant. Ainsi, certains soignants n'hésiteraient pas à réprimander publiquement une femme sale ou à lui refuser les soins (lui infliger une punition).

Il est important de noter que par « propreté » les femmes faisaient allusion, non seulement à l'hygiène corporelle et vestimentaire, mais aussi et surtout, au rasage de la région pubienne. L'absence de rasage est fermement condamnée par les femmes. Pour elles, c'est un signe de « mauvaise éducation », de « manque de respect pour soi et pour les soignants ».

5° Conditions de vie de la femme

« Tu vois, il y a des fois où tu décides d'aller en formation sanitaire et puis tu te demandes : « est-ce que je veux aller attendre là-bas ? Si j'y vais maintenant je vais y passer plusieurs jours ». Nous, nous aimons travailler. Quand c'est encore possible de travailler, tu restes à la maison, tu te dis : « je vais patienter. J'irai quand je sentirai que c'est le moment ». (...) et quand ça vient, c'est vite fait, tu n'as plus le temps » (Judith, Bukeye, 35 ans, primaire comp., 7 grossesses).

La vie du ménage repose sur la femme. Ainsi, certaines femmes ont pris le risque de patienter pour éviter de passer trop de temps dans une structure de soins. D'autres ont renoncé à l'idée d'aller en formation sanitaire puisqu'elles ne peuvent pas s'absenter de leur ménage faute de pouvoir faire garder les enfants durant l'hospitalisation.

6° Expériences de la maternité

Claire (Bukeye, 51 ans, école caté., 10 grossesses) avait déjà eu 10 naissances au moment de l'enquête. A l'exception de son 10^{ème} accouchement qui a eu lieu au centre de santé, en 2010, tous les autres se sont déroulés à domicile :

« J'accouchais à domicile ...parce que je me disais que même la fois précédente je n'ai pas eu des problèmes alors, je n'en aurai pas si je reste ici cette fois aussi (...). Moi, quand on m'examinait et qu'on me disait que tout va bien⁸⁶, je décidais de rester chez moi en me disant que tous sont des accoucheurs et que je n'aurai pas de problème »

Dans ce récit, trois éléments méritent d'être mis en évidence : l'expérience de la maternité, le rôle de la CPN et la comparaison entre professionnels de santé et accoucheuses traditionnelles.

⁸⁶ Elle faisait allusion à la CPN.

La majorité des enquêtées qui accouchent à domicile sont de grandes multipares. Certaines d'entre elles ont des enfants âgés de 15-20 ans. Selon elles, à l'époque où elles ont eu leur première naissance, la pratique d'accouchement en formation sanitaire était très peu répandue en milieu rural. Si la femme n'a pas eu de complications à sa première naissance (souvent jugée difficile), elle ne craint plus les suivantes. Certaines vont jusqu'à prendre le risque d'accoucher sans aucune assistance. C'est le cas de Liliane (Bukeye, 29 ans, primaire incomp., 7 grossesses) qui a accouché de ses quatre derniers enfants sans aucune assistance, alors qu'auparavant, elle était aidée par une accoucheuse traditionnelle.

Ces grandes multipares ont déclaré qu'elles allaient en CPN, généralement très tardivement pour s'assurer que l'accouchement se déroulerait sans risque. En l'absence de risque, l'accouchement peut être assisté par une accoucheuse traditionnelle qui, elle aussi, a des compétences requises pour pratiquer un accouchement normal.

7° La pression sociale et autres contraintes

La majorité des enquêtées ont déclaré que ce sont elles, et elles seules, qui prennent la décision d'utiliser (ou non) les services de soins de santé maternelle. Pour d'autres, c'est le couple qui décide. Toutefois, certaines femmes ont déclaré qu'elles (ou leurs partenaires) ont pris la décision d'aller en formation sanitaire à l'encontre de la volonté de leur mère, belle-mère, tante ou voisines plus âgées. D'autres, par respect pour leur belle-mère, ont accepté d'accoucher à domicile.

« À la naissance de mon premier enfant, ma belle-mère était encore en vie (...) Elle m'a dit « restes ici ». Il y a la tante paternelle de mon mari qui est une..., tu vois, il y a des femmes qui accouchent, je ne sais plus comment on les appelle (...) oui les relais communautaires (...). Elle m'a persuadée de rester à la maison. Au premier accouchement, j'étais encore très jeune je n'osais pas dire non (...) aujourd'hui je n'accepterais plus » (Dalia, Bukeye, 29 ans, primaire compl., 5 grossesses)

En milieu rural, d'autres contraintes expliquent l'accouchement à domicile de certaines femmes : l'inaccessibilité géographique d'une formation sanitaire, le manque de moyens de transport (surtout pendant la nuit), l'insécurité (surtout pendant les années de guerre).

5.3.3. Du lieu d'accouchement chez les déplacées de guerre

Une différence de comportement entre les deux périodes étudiées a été observée chez les (anciennes) déplacées de guerre de Bujumbura et de Bukeye. Les accouchements à domicile ont eu lieu pendant la période 2000-2002.

1° A Bujumbura

Sur les cinq (anciennes) déplacées de guerre rencontrées à Bujumbura, trois ont accouché à domicile durant la période de 2000-2002. Pour deux d'entre elles, c'était pendant la nuit et les déplacements étaient difficiles à cause de l'insécurité. La troisième femme a accouché de son premier enfant en 2000. A l'époque, elle combattait dans les rangs des rebelles et ne pouvait pas se rendre dans une formation sanitaire de peur de se faire arrêter par les agents du gouvernement.

Toutes les naissances survenues après mai 2006 ont eu lieu dans une structure sanitaire. Deux femmes ont respectivement accouché à la CPLR et au CHU de Kamenge parce qu'elles devaient être assistées par leurs gynécologues. Une femme a accouché au centre de santé proche de chez elle parce qu'elle n'avait pas les moyens de payer les frais de transport pour aller dans un hôpital. Quant à la quatrième femme, elle a accouché de son 2^{ème} enfant au CHU de Kamenge à cause de la lenteur des gardiens de la CPLR :

« Comme c'était la nuit, les gardes ont mis du temps avant de nous ouvrir l'entrée de la clinique et nous avons décidé d'aller à [l'hôpital] Roi Kalbed » (Rénilde₂, site de Kanyosha, 31 ans, primaire, 2^{ème} grossesse).

2° Dans le site de Nyamirambo

En guise de rappel, le centre de santé de Nyamirambo ne fonctionnait que le matin durant les années de guerre. Sur les six femmes rencontrées, deux ont accouché en cours de route en allant au centre de santé de Banga (à 4 km). Deux autres femmes ont accouché à domicile pendant la nuit. Les deux autres ont toujours accouché au centre de santé.

Depuis la réouverture du CS, aucune femme n'accouche plus à domicile car les accoucheuses traditionnelles n'acceptent plus de les assister, disaient les enquêtées. Elles préfèrent les accompagner au centre de santé.

5.4. Perception des risques liés à la maternité

L'enquête qualitative a permis d'analyser l'opinion des femmes sur les avantages et les inconvénients de chaque type d'assistance à l'accouchement, leurs connaissances sur les risques liés à la maternité notamment leur connaissance des risques liés à l'accouchement.

5.4.1. Perceptions des avantages/inconvénients d'un accouchement à domicile

Presque toutes les femmes rencontrées, y compris celles qui accouchaient à domicile, ont déclaré qu'il n'y a aucun avantage à accoucher à domicile. Au contraire, elles énuméraient les inconvénients suivants pour un accouchement à domicile :

- L'incapacité de prise en charge des complications. En effet, même si les accoucheuses sont dotées de kit de soins, il s'agit de matériel qui permet seulement de pratiquer un accouchement dans un minimum de bonnes conditions d'hygiène (ciseaux, gants, alcool, coton, fil, bandes, etc.). Les accoucheuses traditionnelles ne disposent ni du matériel, ni de la compétence nécessaire pour gérer une complication. A titre d'exemple, si l'enfant est en position transversale, l'accoucheuse traditionnelle peut ne pas le constater et même si elle le constate, elle n'a aucun moyen d'intervention. En cas de complication, le temps d'évacuation est très long (le temps de trouver les transporteurs⁸⁷, le temps d'atteindre la formation sanitaire, etc.) et l'issue peut être fatale.
- Les accoucheuses traditionnelles ne savent pas estimer correctement l'évolution du travail et chaque fois qu'il y a une contraction, elles invitent la femme à pousser l'enfant. Or, à force de pousser chaque fois qu'il y a une contraction la femme est fatiguée et n'a plus de souffle pour pousser l'enfant quand il le faut. En cas de manque de contractions, les AT n'ont aucun moyen de déclencher ou d'accélérer le travail.
- Les conditions d'hygiène douteuses (d'où le risque d'infection comme le tétanos, le VIH, etc.)
- Dans certains cas, les femmes ont déploré le manque d'intimité. La plupart des femmes qui ont accouché à domicile ont déclaré que leur accouchement s'était déroulé dans la stricte intimité. Mais d'autres ont déploré le fait que quand le travail dure longtemps « chaque vieille femme veut mettre sa main, veut s'essayer ».

Toutefois, l'accouchement à domicile ne comporte pas que des risques. Malgré les critiques, les femmes qui accouchent à domicile relèvent, implicitement, quelques avantages :

- Lors de l'enquête, un adage revenait souvent : « *iyigubera kwa muganga niyo igubera muhira* » (« le Dieu qui t'aide en formation sanitaire est le même qui t'aide à la maison »). En d'autres termes, c'est le même Dieu qui intervient dans une formation sanitaire et à domicile. Il suffit de s'en remettre à lui et d'attendre sa décision.
- L'accessibilité de l'accoucheuse traditionnelle : on l'appelle à n'importe quel moment de la journée et elle est toujours disponible. En plus, elle a été formée pour assister les accouchements normaux. En cas de complication, elle réfère la femme au centre de santé, tout comme le CS réfère une femme à une structure sanitaire de niveau supérieur (« *ivuriro rikuru* »).

⁸⁷ En milieu rural où le transport par véhicule fait défaut, la civière est le moyen de transport le plus couramment utilisé pour porter une personne malade incapable de marcher. Il faut donc des personnes appelées ici transporteurs qui soient disponibles pour rendre ce service.

- Accoucher à domicile permet à la parturiente de rester dans sa famille et de minimiser les dépenses. « *S'il n'y a pas de complication et que l'enfant naît normalement, ton conjoint t'aide et l'argent que tu aurais payé sert à autre chose* » (Chara, Bukeye, 39 ans, 8 naissances à domicile).

5.4.2. Perceptions des avantages/inconvénients d'un accouchement en structure de soins de santé

Contrairement à l'accouchement à domicile, l'accouchement en structure de santé ne présente aucun inconvénient aux yeux des répondantes, y compris celles qui ont toujours accouché à domicile. Certes, le personnel soignant n'est pas « maître de tout », disaient certaines femmes, des problèmes peuvent surgir mais, il possède des moyens d'intervention. Le personnel soignant est capable de prendre en charge des complications ou de référer à un hôpital de niveau supérieur en cas de besoin.

Les enquêtées citent trois principaux avantages d'un accouchement en structure sanitaire :

- La prise en charge de la mère et de l'enfant en cas d'accouchement compliqué. Il est l'avantage le plus fréquemment évoqué :

« L'avantage d'accoucher à l'hôpital est que, quand tu n'arrives pas à accoucher normalement, on te fait une césarienne. Quand le bébé est gros et que tu as des déchirures on te fait la suture (...) ou si l'enfant a absorbé une quantité importante d'eau, à ce moment, on la retire à l'aide d'une pompe » (Francine, Kamenge, 28 ans, primaire complet, 3 naissances à domicile dont une gémellaire).

- La capacité de déclencher ou d'accélérer le travail d'accouchement :
« quand tu n'as pas de contractions, ils te font une piqure » (Domitille, Bukeye, 35 ans, primaire incompl., 5 naissances à domicile).

- La possibilité de transfert dans une structure de santé adaptée à la prise en charge des complications :
« quand ils ne sont pas capables, ils t'envoient dans un hôpital capable d'intervenir (...) si tu t'évanouis, ils te font une piqure pour te réveiller (...) et si tu saignes abondamment, ils te donnent un comprimé ou te font une piqure (...) En cas de complications à la maison, on te ramène et ils te soignent, ils ne te blâment pas comme celle qui a accouché à domicile (...) » (Laetitia, Muzinda, 37 ans, primaire incompl., 7 grossesses).

5.4.3. Perception des risques liés à l'accouchement

Peu de différences dans la perception de risques liés à l'accouchement ont été constatées selon le lieu d'accouchement (domicile ou structure de sanitaire). Pour les enquêtées, « chaque grossesse est unique », « chaque accouchement est unique », « on ne s'y habitue jamais ».

Les risques les plus fréquemment cités dans tous les milieux de résidence sont :

- un saignement très abondant qui peut entraîner l'anémie ou la mort de l'accouchée (11 urbaines dont 2 déplacées et 16 femmes rurales dont 6 déplacées)
- le décès de l'accouchée (9 urbaines dont 2 déplacées et 13 rurales dont 4 déplacées)
- le décès du nouveau-né (4 urbaines et 5 rurales dont 1 déplacée)
- une césarienne quand il s'agit d'un accouchement compliqué (6 urbaines dont 2 déplacées et 2 rurales)

D'autres risques ont été évoqués tels que :

- la déchirure de l'utérus ou de l'appareil génital (Dorine, Nyakabiga, 28 ans, sec. compl., 3 grossesses ; Joséphine, Jabe, sec. comp., 4 grossesses ; Dalia, Bukeye, 29 ans, prim. compl., 5 grossesses) quand l'enfant est gros (Goreth, Mutimbuzi, 39 ans, prim. compl., 9 grossesses)
- l'invalidité (Mamerte, Musaga, 34 ans, niveau supérieur, 3 grossesses ; Zidora, Bukeye, 39 ans, prim. incomp., 6 grossesses)
- la rétention du placenta (Goreth, Mutimbuzi, 39 ans, prim. compl., 9 grossesses ; Dalia, Bukeye, 29 ans, prim. compl., 5 grossesses)
- le manque d'air, essoufflement à cause du travail prolongé (Jeanine, Nyakabiga, 31 ans, sec. compl., 4 grossesses ; Irangabiye, Bukeye, 38 ans, prim. compl., 7 grossesses ; Crescence, site de Kanyosha, 43 ans, prim. compl. 11 grossesses)
- les problèmes de « *tension* [artérielle] » (Fatou, Bwiza, 27 ans, prim. comp. 3 grossesses ; Rénilde, site de Kanyosha, 31 ans, prim. compl., 2 grossesses)
- le risque de stérilité suite à un accouchement compliqué (Dorine, Nyakabiga, 28 ans, secondaire complet, 3 grossesses)
- le cordon ombilical qui entoure le cou de l'enfant et qui peut l'étrangler (Domitille, Bukeye, 35 ans, prim. incomp., 6 grossesses)
- l'enfant en position transversale ou assise (siège) (Judith, Bukeye, 35 ans, prim. comp., 7 grossesses ; Jeanne, Bukeye, 43 ans, prim. incomp., 10 grossesses)
- l'infection de la cicatrice d'une césarienne (Zidora, Bukeye, 39 ans, prim. incomp., 6 grossesses ; Evelyne ; site de Kanyosha, 28 ans, sec. incomp., 3 grossesses)

La quasi-totalité des femmes connaissent les risques liés à la maternité quel que soit leur lieu d'accouchement. Elles reconnaissent également qu'il y a plus de risques à accoucher à domicile qu'en formation sanitaire.

5.5. Impact de la gratuité des soins

Sur l'ensemble des enquêtées, une seule femme a déclaré que c'est grâce à la gratuité des soins que, en 2009, elle a accouché au centre de santé alors qu'en 2002, elle avait accouché à domicile. L'opinion sur les effets de cette mesure est différente entre les milieux de résidence.

La gratuité de l'accouchement est appréciée en milieu rural. Selon les enquêtées, grâce à cette mesure le nombre d'accouchements en structure de soins a augmenté. Cependant, ces enquêtées ne donnaient pas d'arguments supplémentaires ou refusaient de commenter cette appréciation.

A l'opposé, les urbaines sont très critiques. Pour certaines femmes urbaines, la prise en charge des mères et des enfants a été détériorée à cause de la politique de gratuité. L'aspect administratif prime sur la santé de la mère et de l'enfant :

« Actuellement, une mère peut aller accoucher. Elle arrive, l'enfant est déjà sorti, il est entre les jambes [de sa mère]. Il est déjà là, mais eux, ils s'occupent à lui demander « tu es une Burundaise ? Montres-nous ta carte d'identité ! ». En l'absence de la carte d'identité, la mère reste les jambes écartées avec un enfant entre les jambes, motif : pas de carte d'identité. Tu comprends qu'à ce moment-là, la carte d'identité est plus importante que la vie de deux personnes ! » (Evelyne, site de Kanyosha, 28 ans, secondaire incomplet, 3 grossesses)

D'après les femmes enquêtées, pour que l'intervention du prestataire de soins soit gratuite, la patiente doit présenter sa carte d'identité nationale. A défaut de cette carte, les soins sont payants et il faut verser une caution avant toute intervention. Pour Evelynne (Kanyosha, 28 ans, secondaire incomp., 3 grossesses), les choses étaient plus simples auparavant car la facture était réglée après les soins de santé. Certes les insolubles étaient pris en otage mais, au moins, elles étaient soignées, dit-elle.

Selon Marie (Kamenge, 36 ans, primaire incomplet, 6 grossesses), le personnel soignant est devenu plus hautain :

« Oui, nous apprécions [l'attitude des soignants] mais depuis la gratuité de l'accouchement, ils sont plus hautains (hum). Ils nous déconsidèrent, on dirait que nous sommes des ordures »

Selon certaines femmes de Bujumbura, la gratuité des soins a augmenté la frustration du personnel soignant du secteur public. En conséquence, certaines femmes préfèrent accoucher dans les centres de santé privés où les parturientes sont mieux prises en charge. Toutes les femmes rencontrées à Bujumbura ont réclamé que le gouvernement améliore la qualité des soins, notamment la fourniture en médicaments et l'amélioration de l'attitude des prestataires de soins face aux parturientes.

En quoi la gratuité de l'accouchement frustre-elle le personnel de santé ? Les données disponibles ne permettent pas de répondre à cette question. Cependant, il y a lieu d'émettre quelques hypothèses.

Tout d'abord, la mesure de la gratuité de l'accouchement et des soins aux enfants de moins de cinq ans a été prise au plus haut sommet de l'Etat. Le personnel soignant, principal acteur sur terrain, n'a pas été consulté. Ce personnel de santé, déjà frustré par des conditions de travail difficiles (salaire et personnel insuffisants, ruptures de stock, etc.)⁸⁸, voit le nombre de patientes à prendre en charge augmenter alors que l'offre est la même.

Ensuite, l'Etat est un mauvais payeur. Des factures de soins impayées s'accumulent aux ministères de la santé ou des finances. Les formations sanitaires sont, par conséquent, confrontées aux problèmes de renouvellement des stocks de médicaments et autres fournitures.

Enfin, il y a lieu de s'inspirer de la littérature pour comprendre les raisons de la frustration du personnel des services de maternité. Dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan (sous la dir.), 2003), il a été constaté que, partout, les services de maternité sont le lieu privilégié des dysfonctionnements observés dans les formations sanitaires (corruption, racket, surfacturation, clientélisme, favoritisme, vente illégale de médicament, vols des objets des patientes par le personnel, etc.). Jugeant leur salaire insuffisant, le personnel des maternités cherche des compléments de salaires par tous les moyens (illégaux). Il y a donc lieu de faire l'hypothèse que dans le contexte de gratuité de l'accouchement, beaucoup de ces actes illicites sont difficiles à pratiquer puisque tout est totalement pris en charge par le gouvernement. Il y a donc un « manque-à-gagner » dû à la gratuité des soins à l'accouchement.

5.6. Discussion des résultats

Toutes les enquêtes semblent être unanimes sur :

- le fait qu'il y a plus de risques à accoucher à domicile qu'en formation sanitaire. Par ailleurs, toute grossesse comporte des risques. Une femme enceinte est entre la vie et la mort, elle est au-dessus du gouffre. D'où les expressions couramment utilisées pour féliciter la parturiente : « *simba imaga* » (sautes par-dessus le gouffre), « *warujabutse* » (tu as traversé la mort), et d'autres.
- la capacité de prise en charge des complications est la principale différence entre un accouchement à domicile et un accouchement en formation sanitaire. Contrairement aux AT, les professionnels de la santé ont des moyens (compétences et équipement) pour prendre en charge les complications.

⁸⁸ On observe des grèves à répétition du personnel de santé qui réclament l'augmentation de leurs salaires. Il est, toutefois, étonnant de voir que ce personnel ne réclame jamais l'amélioration de la qualité des soins (environnement de travail, équipement, etc.)

Tableau 5.4 : Tableau de synthèse des résultats qualitatifs sur le lieu d'accouchement

Milieu de résidence	LIEU D'ACCOUCHEMENT			MOTIFS D'ACCOUCHEMENT A DOMICILE		MOTIFS D'ACCOUCHEMENT EN FORMATION SANITAIRE	
	A domicile	Centre de santé	Clinique ou hôpital	En 2000-2002	Après mai 2006	En 2000-2002	Après mai 2006
Milieu urbain	Alice ₁ Chantal ₁ Francine _{1 et 2} Gaudence ₁ Mariam ₂	Alice ₂ Anne ₂ Marie ₂ Chantal ₂ Gloriose _{1 et 2} Goreth _{1 et 2} Gaudence ₂ Mariam ₁ Jacqueline ₁ Divine ₁ Joëlle ₁ Claudine ₁	Anne ₁ Marie ₁ Dorine _{1 et 2} Jacqueline ₂ Espérance _{1 et 2} Fatou _{1 et 2} Jacqueline ₂ Divine ₂ Joëlle ₂ Claudine ₂ Nadège _{1 et 2} Mamerte _{1 et 2} Emma _{1 et 2} Joséphine _{1 et 2}	- insécurité - absence de moyen de transport pendant la nuit - incapacité financière - favorable à un accouchement à domicile - faible niveau d'instruction - faible autonomie de la femme	- absence de moyen de transport pendant la nuit - incapacité financière - favorable à un accouchement à domicile - faible niveau d'instruction - faible autonomie de la femme	- perception des avantages d'une assistance qualifiée - accessibilité géographique ou présence de moyen de transport - référence à une formation sanitaire de niveau supérieur - niveau d'instruction - capacité financière - instruction élevée	- perception des avantages d'une assistance qualifiée - accessibilité géographique ou présence de moyen de transport - référence à une formation sanitaire de niveau supérieur - niveau d'instruction - capacité financière - instruction élevée - amélioration de la sécurité - impact de la gratuité des soins de l'accouchement
Milieu rural	Judith _{1 et 2} Claire ₁ Pauline ₂ Isabelle _{1 et 2} Domitille _{1 et 2} Irangabiye _{1 et 2} Jeanne _{1 et 2} Liliane _{1 et 2} Chara _{1 et 2} Dalia _{1 et 2} Marceline _{1 et 2} Monique _{1 et 2} Mamerte ₁	Zidora _{1 et 2} Aline _{1 et 2} Claire ₂ Pauline ₁ Lydia ₂ Constance ₁ Micheline _{1 et 2} Evangeline _{1 et 2}	Kankindi _{1 et 2} Lydia ₁ Constance ₂ Francine _{1 et 2} Mamerte ₂	- surprise ou mauvaise estimation du temps de travail - incapacité financière - favorable aux services des AT - Rapport soignants/soignés (conflit de génération, attitude des soignants) - faible autonomie de décision de la femme - faible niveau d'instruction - inaccessibilité géographique ou absence des moyens de transport - insécurité	- surprise ou mauvaise estimation du temps de travail - incapacité financière - favorable aux services des AT - Rapport soignants/soignés (conflit de génération, attitude des soignants) - faible autonomie de décision de la femme - faible niveau d'instruction - inaccessibilité géographique ou absence de moyen de transport	- perception des avantages d'une assistance qualifiée - accessibilité géographique ou présence de moyen de transport - référence à une formation sanitaire de niveau supérieur - capacité financière - instruction élevée	- perception des avantages d'une assistance qualifiée - accessibilité géographique ou présence de moyen de transport - référence à une formation sanitaire de niveau supérieur - amélioration de la sécurité - instruction élevée - capacité financière - gratuité des soins à l'accouchement

(Ex) déplacées de guerre	Evelyne₁ Claudette₁ Laetitia₁ Nadia₁ Sophie₁ Yolande₁ Zoena₁	Laetitia₂ Rachel _{1 et 2} Nadia₂ Dévote _{1 et 2} Sophie₂ Yolande₂ Zoena₂	Evelyne₂ Crescence _{1 et 2} Claudette₂ Rénilde _{1 et 2}	▪ insécurité ▪ absence de moyen de transport surtout pendant la nuit ▪ fermeture du CS de Nyamirambo		▪ perception des avantages d'une assistance qualifiée ▪ référence à une formation sanitaire de niveau supérieur ▪ accessibilité géographique (sauf à Nyamirambo) ou présence des moyens de transport	▪ perception des avantages d'une assistance qualifiée ▪ référence à une formation sanitaire de niveau supérieur ▪ accessibilité géographique ou présence des moyens de transport ▪ amélioration de la sécurité ▪ réouverture du CS Nyamirambo ▪ implication de l'AT à Nyamirambo
---	--	--	--	--	--	--	---

En gras = femmes ayant changé de comportement entre les deux accouchements

Toutes les femmes qui accouchent habituellement à domicile répondent, d'emblée, qu'il n'y a aucun avantage à accoucher à domicile. La plupart d'entre elles déclaraient qu'elles ne conseilleraient pas à une autre femme de le faire. Mais, pourquoi ce décalage entre la perception du risque et la pratique d'accouchement à domicile ? Fainzang (1997, 2004), qualifie le décalage entre les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques des malades de « stratégies paradoxales ». Selon cet auteur, *« ce sont des stratégies adoptées, de manière explicite, pour résoudre un problème de santé et, de manière implicite, pour répondre à d'autres nécessités, ressortissant à une autre logique »*.

5.6.1. Pourquoi certaines femmes accouchent à domicile ?

En milieu urbain et chez les déplacées de guerre, l'enquête qualitative montre que seule l'amélioration sur le plan sécuritaire justifie l'écart de comportement entre les deux périodes étudiées (2000-2002 et à partir de mai 2006). A Bujumbura, les femmes qui ont accouché à domicile sont des femmes résidant dans les quartiers périphériques de la ville (Kanyosha, Kamenge, Kinama). Ces quartiers ont connu une longue période d'insécurité et, à l'époque, il était pratiquement impossible de sortir de chez soi à une heure tardive de la nuit. Il s'agit également des femmes de niveau de vie précaire qui n'avaient pas les moyens de transport (impossibilité de se payer un taxi pendant les heures d'arrêt du transport en commun).

Chez les déplacées de guerre du site de Nyamirambo, le C.S. n'était ouvert que le matin à cause de l'insécurité. Selon les enquêtées, aucune femme du site n'accouche plus à domicile depuis la réouverture à temps plein du C.S.

Les accouchements à domicile sont plus répandus en milieu rural que dans les autres milieux. Plusieurs facteurs expliquent l'accouchement à domicile même dans un contexte de gratuité des soins à l'accouchement.

1° Les dépenses additionnelles liées à l'accouchement

Les données quantitatives et qualitatives montrent que l'accouchement en formation sanitaire est difficilement accessible pour les femmes de faible niveau de vie. Les données qualitatives montrent que, malgré la gratuité de l'accouchement, l'accouchement en formation sanitaire reste difficilement accessible pour les plus pauvres. Selon les données qualitatives, il existe d'autres dépenses connexes à l'accouchement qui restent à la charge des patientes (frais de transport, nourriture, la layette du bébé, etc.). Cela constitue un obstacle à l'utilisation des services de maternité du C.S. par les familles les plus démunies. Selon le témoignage des femmes enquêtées, dans certaines formations, on refuse de recevoir une femme qui vient accoucher sans la layette du bébé. Par ailleurs, l'ESD-SR de 2002 et l'EDS de 2010 montrent qu'en milieu rural, les femmes appartenant aux ménages ayant un niveau de vie bas sont plus enclines à accoucher à domicile comparées à celles de niveau de vie élevé et ces dernières n'ont pas un comportement différent de celui des femmes de niveau de vie moyen (voir résultats plus haut). Des études réalisées dans

certains pays d'Afrique de l'Ouest ont également montré que, malgré la subvention des soins de santé, ceux-ci ne sont pas totalement gratuits (Haddad *et al.*, 2011, Ridde et Queuille, 2010, Olivier de Sardan, 2010, Olivier de Sardan et Ridde, 2012). Des coûts connexes aux soins de santé demeurent à la charge des usagers : le transport, l'alimentation, les paiements indus, les ventes illicites des médicaments ou les ventes de kits à cause des ruptures de stocks, etc. (Witter *et al.*, 2008, Olivier de Sardan, 2010, Olivier de Sardan et Ridde, 2012).

Lors de l'entretien, on invitait l'enquêtée à raconter tous les détails d'une CPN. A Bukeye, un détail, certes banal, a attiré mon attention car il était récurrent dans les discours des enquêtées. Lors d'une CPN au centre de santé de Bukeye, chaque gestante doit étendre son pagne sur le lit pour être examinée (car il n'y a pas de draps). J'ai demandé, à certaines femmes, ce que fait une femme sans pagne. « *Elle doit l'emprunter chez une amie* », me répondaient-elles. Or, s'il est envisageable d'emprunter un pagne pour aller en CPN, il est pratiquement impossible d'emprunter tout le nécessaire pour l'accouchement. Il y a, donc, lieu de croire que les femmes pauvres⁸⁹ préfèrent accoucher à domicile pour éviter d'être dans une situation humiliante. Dans son étude dans l'Etat d'Edo au Nigéria, Asowa-Omorodion (1997) remarqua que dans la communauté Esan, les maris incapables de supporter le coût des soins liés à l'accouchement ont tendance à encourager leur femme à recourir au service des AT moins chères et accessibles.

2° La faible autonomie de décision de la femme

Les enquêtes quantitatives et qualitatives montrent qu'en plus de la vulnérabilité économique de la femme, son niveau d'instruction et sa dépendance au ménage sont des obstacles à l'autonomie décisionnelle de la femme. L'instruction de la femme augmente son autonomie financière et décisionnelle. Or, le bon nombre de femmes qui accouchent à domicile sont analphabètes ou faiblement instruites. De plus, pour la grande majorité des femmes appartenant à des ménages pauvres, le ménage passe en priorité compte tenu de leurs multiples rôles dans la survie de celui-ci. Dans la plupart des sociétés africaines, la femme dépend, financièrement de son mari. Les biens du ménage sont gérés par le mari même quand la femme fait le gros du travail (Asowa-Omorodion, 1997), et selon l'adage kirundi : « *umugore aganza inkono iri kuziko* » (« la femme n'est propriétaire que de la marmite au feu »). Le premier rôle du mari évoqué par les enquêtées est d'apporter un soutien financier à la femme. Le manque d'autonomie financière de la femme réduit son autonomie de décision. La vulnérabilité économique est un frein à l'utilisation des soins de santé maternelle (Fosto *et al.*, 2008). Néanmoins, les analyses quantitatives ont montré que, quels que soient le milieu de résidence ou la période d'observation, ce sont les femmes vivant seules qui sont les plus nombreuses à accoucher à domicile comparées à celles vivant en union. En plus de la vulnérabilité économique plus accentuée chez les mères célibataires, les contraintes culturelles (non-acceptation des enfants nés hors mariage) affecteraient davantage la décision de recourir aux soins de santé.

⁸⁹ Ne pas avoir un pagne est un signe d'extrême pauvreté en milieu rural car les femmes s'habillent, normalement, en pagnes.

L'autonomie de la femme est encore plus réduite dans les quartiers « populaires » de Bujumbura et en milieu rural où le réseau social est plus important. En milieu rural, le ménage est souvent entouré par le reste de la famille élargie (parents, oncles et tantes, etc.) tandis que dans les quartiers populaires, plusieurs ménages cohabitent dans une même cour. Le respect des anciens est une vertu et le centre de décision dépasse le cadre strictement conjugal. En matière de maternité, les résultats des analyses qualitatives ont montré qu'une génération cherche à imposer son expérience aux générations suivantes car elle se juge plus « expérimentée » que les plus jeunes. Il faut donc faire preuve d'une grande autonomie de décision pour pouvoir échapper à l'emprise des « aînées ».

3° La place de l'accoucheuse traditionnelle en milieu rural

A l'exception du site de déplacées de Kanyosha où il y a une accoucheuse traditionnelle, la quasi-totalité des femmes de Bujumbura ont déclaré ne pas connaître d'accoucheuse traditionnelle dans leur entourage. Celles qui ont accouché à domicile ont été aidées par leur maman ou une voisine plus âgée.

Par contre, l'accoucheuse traditionnelle joue un rôle important en milieu rural. C'est elle qui assiste la femme dans son processus d'accouchement. Elle l'assiste quand elle préfère accoucher à domicile, elle l'accompagne quand elle décide de se rendre à une formation sanitaire. Presque toutes les femmes qui accouchent à domicile sont assistées par une accoucheuse traditionnelle. Celle-ci a plusieurs atouts aux yeux des bénéficiaires de ses services.

Tout d'abord, l'accoucheuse traditionnelle est proche géographiquement et surtout culturellement. Elle « *fait plus qu'apporter simplement une aide physique à la famille. Elle est une personnalité familière, rassurante, qui ne montre aucune hâte mais au contraire est patiente lorsqu'elle assiste ses clientes, qui s'exprime dans une langue et développe des concepts qu'elles acceptent (...) son influence se fait sentir dans la vie quotidienne de la famille et de la communauté* » (OMS, 1975). Elle connaît les joies et les peines de chacune de ses voisines, elle ne les juge pas.

Ensuite, l'accoucheuse traditionnelle a bénéficié d'une formation. Comme déjà évoqué, les femmes préfèrent les services des AT qui exercent depuis longtemps avant la formation. Néanmoins, la plupart de ces femmes ont affirmé que, si ces accoucheuses n'étaient pas formées, elles auraient préféré accoucher au centre de santé. Grâce à cette formation, l'accoucheuse traditionnelle est élevée au même niveau que les autres professionnels de santé. En parlant de l'accoucheuse traditionnelle, certaines femmes utilisent le terme de « *muganga* », terme désignant normalement le médecin. Cependant, les femmes ne font pas confiance à n'importe quelle accoucheuse traditionnelle. Le choix se porte sur l'accoucheuse traditionnelle qui pratique le métier depuis longtemps, avant la formation.

Enfin, l'accoucheuse n'est pas payée pour ses services, mais la tradition exige qu'il faille la gratifier. Il ne s'agit pas d'une rémunération, chacune donne ce qu'elle a et quand les moyens le lui permettent (c'est-à-dire qu'on peut payer plus tard). Or, dans les formations sanitaires, il n'y a pas la possibilité de payer en nature et on doit payer, avant de sortir, en cash ou par ticket modérateur pour les affiliés de la mutuelle.

Toutefois, il a été constaté que, dans le site des déplacés de Nyamirambo, l'accoucheuse traditionnelle n'accepte plus d'assister les accouchements à domicile depuis la réouverture du centre de santé, mais elle accompagne les femmes au centre de santé. Pourquoi cette différence de comportement entre accoucheuses traditionnelles ?

D'abord, la proximité du centre de santé expliquerait le comportement des AT et des femmes du site de Nyamirambo. En fait, le site est construit autour du centre de santé⁹⁰. Il n'y a pas de longue distance à parcourir et les accouchées ne s'éloignent pas du reste de la famille. En l'absence de complication, les parturientes rentrent chez elles juste après l'accouchement car elles savent que l'accès au C.S. est facile en cas de besoin.

Ensuite, cette différence de comportement entre AT peut être le résultat inattendu des programmes de formation des AT. Alors qu'elles ont été formées pour pratiquer des accouchements normaux (chapitre 1), certaines AT prennent le risque de pratiquer des accouchements à haut risque au lieu de les référer à une structure adaptée (Bergström & Goodburn, 2001). Elles estiment avoir les compétences obstétricales nécessaires puisqu'elles ont été formées. Bergström & Goodburn (2001) parlent de la « sur-confiance » des AT formées. Ainsi, à l'ESD-SR de 2002, seuls 25% des femmes qui ont accouché à domicile ont été conseillées par une accoucheuse traditionnelle d'aller accoucher dans une structure de santé.

Ce comportement « à risque » des AT peut être expliqué par : 1) leur faible niveau d'instruction et la très courte durée de leur formation⁹¹ qui peuvent être un obstacle au changement de mentalité ou à la compréhension des limites de leur compétence. 2) L'absence de rémunération. Si la pratique de l'art des AT est basée sur le principe du bénévolat (OMS, 1975), certaines AT tirent profit de ce métier (gratification par les clientes).

4° La place des pratiques obstétricales traditionnelles

On constate que l'observation des pratiques traditionnelles (rites, interdits, alimentation, etc.) est quasi-absente dans le discours des femmes enquêtées en 2011 contrairement à certaines études réalisées dans d'autres sociétés africaines (Adjamagbo, 1999 ; Beninguisse, 2003 ; Beninguisse *et al.*, 2004 ; Kabakian-Khasholian *et al.*, 2000 ; Kyomuhendo, 2003). Aux questions relatives aux

⁹⁰ Du ménage du site le plus éloigné, on marche à peine 3 minutes pour atteindre le CS

⁹¹ Selon Bergström & Goodburn (2001), la formation des AT consiste en un cursus court de 5 jours, suivi des séminaires réguliers de formation et de supervision.

pratiques traditionnelles, toutes les femmes enquêtées répondent qu'elles n'observent pas ces pratiques « païennes ». Cette attitude des femmes trouve son explication dans l'histoire du catholicisme au Burundi. Les missionnaires, depuis leur arrivée à la fin du 19^{ème} siècle, ont mené une lutte acharnée contre la religion traditionnelle et toutes les pratiques qualifiées de païennes. Pendant la colonisation allemande, mais surtout durant le mandat belge, la conversion à la religion catholique devient un élément de promotion sociale, tandis qu'être païen (« *umushenzi* ») devient source de mépris et de moquerie (Mvuyekure, 2003). Grâce à l'action économique et sociale des missionnaires en collaboration avec le pouvoir colonial, le Burundi devient un des pays les plus catholiques dans les années 1960 (Mvuyekure, 2003 ; Manirakiza, 2008). Jusqu'à présent, les personnes favorables à la religion traditionnelle ou à certaines pratiques traditionnelles n'osent pas le déclarer publiquement de peur de l'exclusion sociale, ce qui pourrait expliquer cette réticence à évoquer l'importance de ces rites.

5.6.2. Pourquoi d'autres femmes accouchent en formation sanitaire ?

En matière de choix d'un accouchement en structure de santé, on constate que :

- le choix des formations sanitaires est le reflet de la répartition de celles-ci. Il semble que les femmes de la périphérie de la ville préfèrent les centres de santé (à moins qu'il n'y ait une complication), tandis que celles des quartiers qui sont plus ou moins au centre de la ville recourent aux hôpitaux et cliniques. Néanmoins, à Bujumbura, la formation sanitaire peut être choisie non pas parce qu'elle est proche du lieu de résidence de la mère mais, 1) parce qu'elle est proche des personnes censées pouvoir aider la mère (membres de la famille, amis, etc.) ou 2) en fonction de sa réputation.
- les femmes présentant une grossesse à risque ont été référées dans des structures adaptées en termes d'équipement et de personnel compétent.
- à l'instar de plusieurs études portant sur les comportements de santé (maternelle ou infantile) faites dans les pays en développement (Caldwell, 1979, Caldwell & Caldwell, 1991, Fosto *et al.*, 2008), l'effet de l'instruction a été vérifié tant par des analyses quantitatives que qualitatives. Selon les analyses quantitatives, les femmes instruites sont les moins enclines à accoucher à domicile. Outre l'augmentation de l'autonomie financière, l'instruction participe au changement des représentations liées aux soins de santé de qualité. Elle augmente également le pouvoir de décision de la femme. Cependant, le lien entre le niveau d'instruction et le type de formation sanitaire est fonction de l'offre en termes d'infrastructure sanitaire. Concrètement, les femmes instruites rencontrées à Bujumbura accouchent dans des hôpitaux publics ou cliniques privées. En milieu rural, par contre, la différence entre instruites et moins instruites n'a pas été observée. A l'exception des femmes qui présentaient des grossesses à risque qui ont accouché à Bujumbura, les femmes

rencontrées à Bukeye (y compris chez les déplacées de guerre), accouchent habituellement au centre de santé quel que soit leur niveau d'instruction.

Conclusion

L'analyse des données des enquêtes de 2002 et 2010 a montré une diminution considérable des accouchements à domicile entre les deux périodes. C'est surtout en milieu rural qu'on observe des changements importants (de 75,5% en 2002 à 40% en 2010). Cependant, les déterminants de l'accouchement à domicile (résultats multivariés) ne se modifient guère entre les deux périodes. Ce sont presque les mêmes groupes de femmes qui accouchent le plus fréquemment à domicile : les multigestes/multipares, les femmes ne vivant pas en union, les femmes sans instruction et les femmes appartenant aux ménages de niveau de vie bas. Soulignons cependant que l'effet de l'âge de la femme devient significatif en 2010, l'accouchement à domicile devenant plus fréquent dans les groupes d'âges autres que les 20-24 ans (groupe de référence).

En milieu urbain, en revanche, la situation a beaucoup évolué. Deux facteurs seulement (niveau d'instruction de la femme et niveau de vie du ménage) y favorisent l'accouchement à domicile en 2010 alors qu'il y en avait cinq en 2002 (parité de la femme, son état matrimonial, son niveau d'instruction, sa religion et le niveau de vie de son ménage). Cette diminution du nombre et de la variété des facteurs discriminants peut s'expliquer par la rareté des accouchements à domicile en 2010 (12% contre 18,4% en 2002). Seules les femmes de niveau d'instruction inférieur au secondaire accouchent le plus à domicile aux deux périodes. Quant au niveau de vie du ménage, sa relation avec l'accouchement à domicile change de sens entre les deux périodes. Alors que les femmes vivant dans un ménage de faible niveau de vie accouchaient plus à domicile en 2002, ce comportement est plus fréquent en 2010 chez les femmes vivant dans un ménage de niveau de vie moyen.

Dans les camps de déplacés de guerre⁹², les résultats multivariés montrent qu'en 2002, l'accouchement à domicile était plus fréquent chez les multigestes comparées aux primigestes, chez les femmes sans instruction ou n'ayant pas terminé le primaire comparées à celles de niveau primaire et plus et chez les déplacées de la période 1996-2001 comparées aux déplacées de la période 1993-1995.

Les données qualitatives ont permis de comprendre les motivations d'un accouchement à domicile. D'abord, l'accouchement n'est jamais totalement gratuit puisque les soins liés au transport, à la nourriture et autres besoins sont à la charge de la parturiente. Ces dépenses additionnelles constituent un obstacle pour les femmes les plus démunies. De plus, les contraintes familiales (la garde des enfants, les multiples tâches de la femme) empêchent certaines multipares de s'absenter de leur ménage pendant longtemps. Ceci confirme l'importance de la gestité/parité

⁹² Rappelons que, dans les camps de déplacés de guerre, les résultats des analyses multivariées ont été obtenus à partir des données de 2002 uniquement.

observée dans tous les milieux de résidence à l'aide des analyses multivariées. Les analyses qualitatives confirment aussi l'importance du niveau d'instruction de la femme dans tous les milieux de résidence. Ainsi, on a constaté qu'en milieu rural plusieurs femmes de faible niveau d'instruction sont encore favorables aux services des accoucheuses traditionnelles. Or, le niveau d'instruction augmente l'autonomie décisionnelle et financière de la femme. De même, l'instruction favorise l'ouverture à la médecine moderne.

En plus de ces facteurs déjà identifiés dans les analyses quantitatives, les résultats qualitatifs ont permis de vérifier l'impact de l'arrêt des combats sur le changement de comportement auprès des femmes urbaines et des déplacées de guerre et, dans une moindre mesure, chez les femmes rurales. En revanche, l'impact direct de la gratuité des soins sur le lieu d'accouchement apparaît peu dans les entretiens semi-directifs. Cela ne signifie pas, cependant, que l'impact de cette mesure soit nul. Ce résultat est expliqué, sans aucun doute, par la faiblesse de l'échantillon. Néanmoins, les données qualitatives ont montré que, malgré la gratuité, l'accouchement en formation sanitaire est difficilement accessible aux plus démunies à cause des coûts annexes (vêtements, transport, etc.).

CHAPITRE VI : ANALYSE DU RECOURS AUX SOINS POSTNATAUX

Continuant la trajectoire de soins autour de la grossesse et de l'accouchement, le présent chapitre s'intéressera aux facteurs associés au non-recours aux soins postnataux. Tout d'abord, les données montrent que le recours aux soins reste faible, malgré les améliorations observées en 2010. Au niveau national et en milieu rural, les proportions de femmes qui consultent dans le postpartum n'ont jamais dépassé 30%, soit une augmentation de l'ordre de 10% entre 2002 et 2010. En milieu urbain, elles sont passées de 31,8% à 46,0% entre les deux dates. Cette situation amène à s'interroger sur la persistance de ce faible niveau de recours aux soins postnataux au Burundi. En d'autres termes, pourquoi la majorité de femmes ne consultent-elles pas pendant le postpartum alors qu'elles consultent au moins une fois durant la grossesse.

Comme dans les deux chapitres précédents, nous supposons que la hiérarchie des déterminants du non-recours aux soins postnataux diffère selon les milieux de résidence. Plus concrètement, nous pensons que le rôle du niveau d'instruction de la femme est plus important en milieu rural et dans les camps de déplacées tandis qu'en milieu urbain, l'effet du niveau de vie du ménage gagnerait en importance. Dans les camps de déplacés, le comportement des femmes varient en fonction de leur date d'arrivée dans le camp. Nous pensons également l'hypothèse que les femmes ou les familles n'ont pas suffisamment intégré l'importance de l'aspect préventif de ces soins.

L'identification des déterminants du non-recours aux soins postnataux (tel que le niveau d'instruction de la femme, le niveau de vie du ménage et la date d'arrivée dans le camp) sera rendue possible par les modèles de régression logistique réalisées à l'aide des données de 2002 et 2010. L'impact de la sensibilisation aux avantages de ces soins sera analysé à l'aide de l'analyse de contenu des entretiens semi-structurés réalisés en 2011.

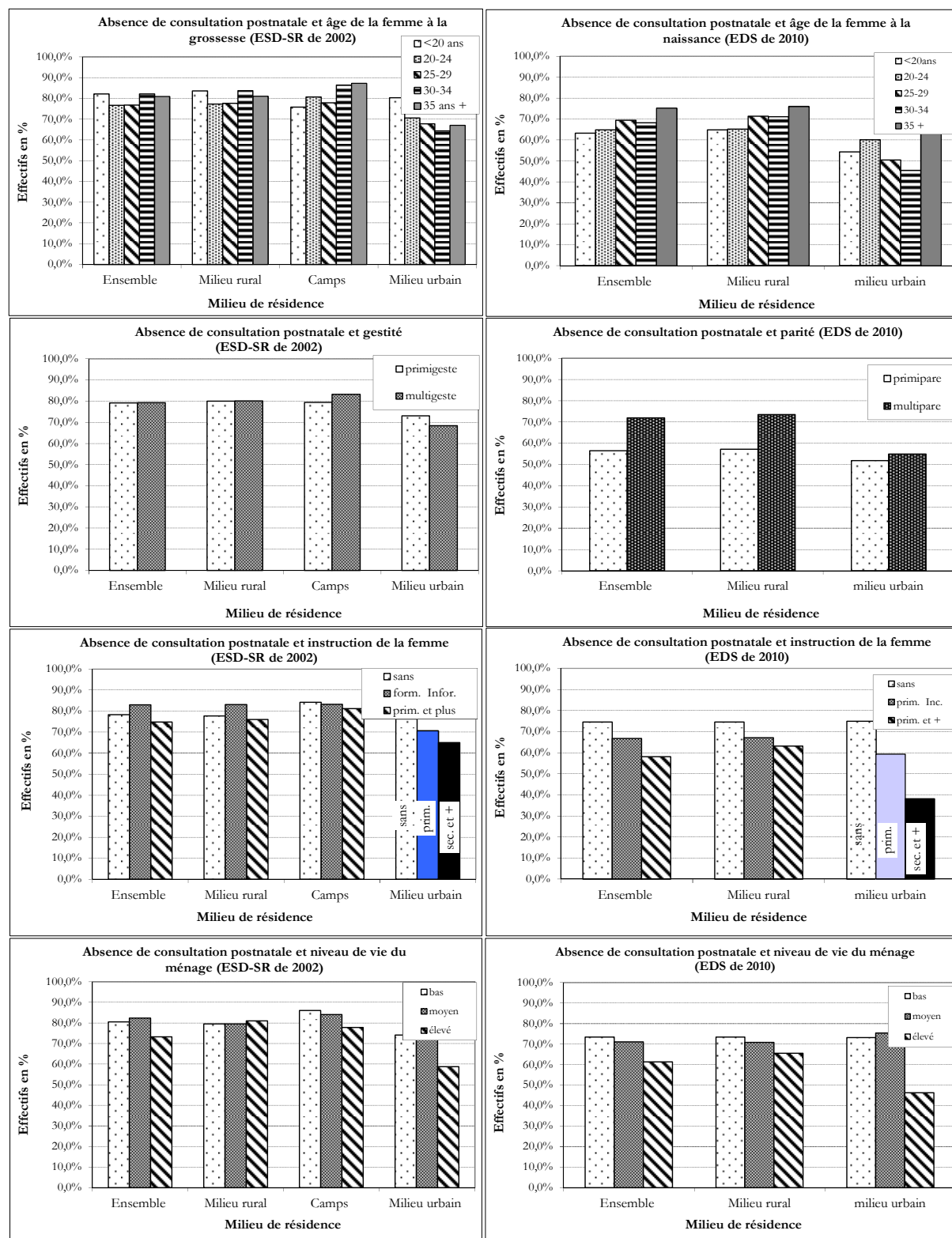
La première section de ce chapitre est consacrée à l'analyse des caractéristiques des femmes qui ne consultent pas pendant le post-partum. La deuxième section sera consacrée à l'analyse des facteurs explicatifs de ce comportement. La troisième portera sur la perception des soins du post-partum et les résultats seront discutés dans la dernière section.

6.1. Recours aux soins postnataux et caractéristiques des femmes selon le milieu de résidence

En 2002, la relation entre l'âge de la femme à la grossesse et le non-recours aux soins postnataux est significative au niveau national et dans les camps de déplacés uniquement. Au niveau national, la relation est en forme de « U », le non-recours à ces soins est plus faible chez les femmes de 20-24 ans et 25-29 ans (76,7% dans les deux tranches d'âges *versus* 82,1% chez les moins de 20 ans et les 30-34 ans et 80,9% chez les plus âgées). Dans les camps de déplacés, le non-recours tend à augmenter avec l'âge sauf qu'il est plus fréquent chez les 20-24 ans comparés aux 25-29 ans (80,6% et 77,8% respectivement). En 2010, le non-recours aux soins postnataux augmente avec

l'âge de la femme au niveau national et en milieu rural. La relation entre les deux variables n'est pas significative en milieu urbain.

Figure 6.1 : Recours aux soins postnatals et caractéristiques individuelles de la femme selon le milieu de résidence



Sources : ESD-SR de 2002 et EDS de 2010 au Burundi

En 2002, l'effet de la gestité sur le non-recours aux soins postnataux n'est pas significatif quel que soit le milieu de résidence. En 2010, le non-recours augmente avec la parité. Cette relation est observée au niveau national et en milieu rural et elle n'est pas significative en milieu urbain.

En 2002, la relation entre l'instruction de la femme et le non-recours aux soins postnataux est significative au niveau national et en milieu rural. Dans les deux milieux, la relation est en forme de « $\cap$ », les effectifs varient de 83% de femmes ayant suivi un enseignement informel à 75% de femmes de niveau primaire et plus. En 2010, l'effet négatif de l'instruction de la femme est très significatif ($p < 0,001$) dans tous les milieux de résidence. Des femmes sans instruction à celles de niveau le plus élevé⁹³ les effectifs varie de 74,5% à 58,1% au niveau national, de 74,5% à 63,1% en milieu rural et de 75% à 38,2% en milieu urbain.

En 2002, le lien entre le niveau de vie et le recours aux soins postnataux est significatif sauf en milieu rural. Les effectifs de non-recours décroissent avec le niveau de vie, de 82,3% à 73,2% au niveau national, de 86% à 77,8% dans les camps de déplacés et de 74,1% à 58,3% en milieu urbain. En 2010, la relation est négative au niveau national et en milieu rural et en forme de « $\cap$ » en milieu urbain. Quel que soit le milieu de résidence, les proportions de femmes de niveau de vie bas qui ne recourent pas aux soins postnataux sont estimées à 73%. Le non-recours est également élevé chez les femmes de niveau de vie élevé : 61,3% au niveau national, 65,6% en milieu rural et 46,2% en milieu urbain.

Enfin, en 2002, la relation entre la taille du ménage et la non-utilisation des soins postnataux n'est pas significative tant au niveau national que dans le milieu rural. Elle est positive en milieu urbain et dans les camps de déplacés. En 2010, cette relation est positive au niveau national et en milieu rural, elle est négative en milieu urbain.

La statistique du χ^2 montre qu'au niveau national, l'âge de la femme à la grossesse, le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage ont un lien significatif avec le non-recours aux soins postnataux en 2002. Les proportions de femmes qui ne consultent pas dans le postpartum varient de 73,2% de femmes de niveau de vie élevé à 83% de femmes de formation informelle. En 2010, l'âge de la femme à la naissance, la parité, le niveau d'instruction, le niveau de vie et la taille du ménage exercent un lien significatif. Le non-recours varie de 56% de primipares à 73,4% des femmes de niveau de vie bas.

En milieu rural, seul le niveau d'instruction de la femme exerce un lien significatif en 2002 tandis qu'en 2010, la parité, le niveau d'instruction, le niveau de vie et de la taille du ménage ont une relation significative avec la non-utilisation des soins postnataux.

⁹³ Dans ce contexte précis, le niveau le plus élevé est le primaire complet au niveau national et en milieu rural et secondaire et plus en milieu urbain

En milieu urbain, seuls la religion et le niveau de vie montrent un lien significatif en 2002. En 2010, en revanche, ce sont le niveau d'instruction de la femme, son niveau de vie et la taille de son ménage qui exercent un lien significatif avec le non-recours aux soins postnataux.

Dans les camps de déplacés, ce sont l'âge de la femme, l'état matrimonial, le niveau de vie et la taille du ménage qui exercent un lien significatif. Les proportions de non-recours varient de 77,8% pour les femmes de niveau de vie élevé et 86% pour les femmes de niveau de vie bas.

6.2. Facteurs de non-recours aux soins postnataux selon le milieu de résidence

1° Des facteurs socio-démographiques (M1)

En 2002, l'effet de l'âge de la femme à la grossesse sur le non-recours aux soins postnataux est significatif au niveau national et dans les camps de déplacés uniquement. Dans les deux milieux, le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent à partir de 30-34 ans ($OR > 1$) comparées aux femmes de 20-24 ans (modalité de référence). En milieu rural, le non-recours est plus fréquent chez les femmes âgées de 30-34 ans avec un seuil de significativité de 10%. En 2010, la relation entre l'âge de la femme à la naissance et le non-recours aux soins postnataux change dans le modèle M1 comparé à l'effet brut. Au niveau national, le non-recours est plus fréquent chez les 25-29 ans ($OR = 1,22$) et chez les 35 ans et plus ($OR = 1,60$) en effet brut. Dans le modèle M1, le phénomène est plus fréquent chez les moins de 20 ans ($p < 0,10$) et chez les 35 ans et plus ($p < 0,05$). En milieu rural, il est plus fréquent à partir de 25-29 ans en effet brut et en M1, seules les moins de 20 ans sont les plus enclines au non-recours à ces soins ($OR = 1,37$). En milieu urbain, le non-recours est moins fréquent chez les 30-34 ans en effet brut et dans le modèle M1. La différence entre les 20-24 ans et les autres classes d'âge n'y est pas significative.

En 2002, l'effet de la gestité sur le recours aux soins postnataux n'est pas significatif. Dans les camps de déplacés, cependant, le non-recours aux soins postnataux par les multigestes est 1,49 fois plus élevé comparées aux primigestes en effet brut. Cette relation disparaît dans le modèle M1. En 2010, une relation positive entre la parité et le non-recours aux soins postnataux est observée au niveau national et en milieu rural (les $OR \pm 2$). La relation n'est pas significative en milieu urbain.

Quant au lien entre l'état matrimonial et le non-recours aux soins postnataux, en 2002, il est significatif dans les camps de déplacés uniquement, le non-recours est moins fréquent chez les femmes vivant seules comparées à celles vivant en union ($OR = 0,61$ en effet brut et $0,64$ en M1). En 2010, l'effet de cette variable n'est pas significatif quel que soit le milieu de résidence (tableau 6.2).

Tableau 6.1 : Déterminants de non-recours aux soins postnataux selon l'ESD-SR de 2002 (***) : $p < 0,001$, ** $p < 0,05$ et * : $p < 0,10$)

Variables	Ensemble du pays (N= 3031)					Milieu rural (N=1178)					Camps de déplacés (N= 1499)						Milieu urbain (N= 558)				
	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3	M4	N	Effet brut	M1	M2	M3
Age de la femme à la grossesse																					
20-24 ans (R)	570					216					279						137				
<20 ans	190	1,42	1,39	1,44	1,48*	67	1,46	1,41	1,46	1,45	95	0,75	0,84	0,82	0,79	0,80	66	1,76	1,78	1,55	1,44
25-29 ans	825	1,01	1,06	0,99	0,98	317	1,04	1,12	1,04	1,05	385	0,85	0,81	0,81	0,79	0,79	170	0,89	0,85	0,90	0,91
30-34 ans	530	1,40**	1,48**	1,32*	1,32	203	1,52*	1,62*	1,44	1,47	309	1,53*	1,50*	1,51*	1,47	1,44	101	0,75	0,74	0,80	0,79
35 ans +	917	1,29**	1,33**	1,17	1,16	375	1,28	1,34	1,21	1,23	400	1,64**	1,58**	1,59**	1,51*	1,45	85	0,85	0,80	0,80	0,72
Rang de grossesse																					
Primigestes (R)	476					181					213						116				
Multigestes)	2556	1,01	0,92	0,92	0,93	997	1,00	0,89	0,89	0,91	1286	1,49	1,14	1,12	1,08	1,10	443	0,80	1,03	0,91	0,82
Etat matrimonial																					
En union (R)	2541					1011					1186						363				
Pas en union	490	1,02	1,01	1,08	1,06	167	1,17	1,15	1,16	1,16	312	0,61**	0,64**	0,65**	0,67**	0,65**	195	1,03	0,88	0,82	0,77
Milieu de résidence																					
Urbain (R)	239																				
Camps	169	2,13**		1,86**	1,43																
Rural	2624	1,78***		1,43**	1,09																
Instruction de la																					
-																					
Sans	653	1,22*		1,19	1,17	254	1,11		1,22	1,23	519	1,24		1,05	0,99	1,02	sans: 67	1,73*		1,58	1,09
Form. inform.	1379	1,65***		1,49***	1,46**	591	1,57**		1,52**	1,5**	488	1,15		1,01	0,96	0,99	prim: 270	1,29		1,22	0,92
Primaire et + (R)	987					329					482						sec+: 220				
Religion de la femme																					
Catholiques (R)	2232					914					863						231				
Protestantes	638	0,81*		0,92	0,91	231	0,73*		0,79	0,79	593	1,14		1,12	1,09	1,20	131	1,69**		1,41	1,22
Musulmanes	156	0,68**		0,88	0,88												194	1,62**		1,54*	1,40
Niveau de vie du ménage																					
Bas	1307	1,51***			1,37**	386	0,92			0,92	522	1,74**			1,52**	1,64**	228	2,01**			2,07**
Moyen	994	1,71***			1,51**	366	0,92			0,91	503	1,51**			1,43**	1,52**	170	1,87**			1,77**
Elevé (R)	731					425					474						160				
Taille du ménage																					
<= 4 pers. (R)	1088					420					494						225				
> de 4 pers.	1926	1,09			1,03	750	1,04			0,95	1003	1,32**			1,14	1,17	331	1,39*			1,60**
Date d'installation au camps																					
1993-1995 (R)											453										
1996-2001											1015	0,96				0,73**					
-2LL			3049,2	3018,9	3009,0			1162,0	1153,4	1153,0			1303,0	1302,1	1295,0	1291,8		675,9	668,4	657,5	
Pseudo R ²			0,005	0,021	0,026			0,007	0,019	0,019			0,031	0,032	0,040	0,044		0,015	0,034	0,010	

Tableau 6.2 : Déterminants de non-recours aux soins postnataux selon l'EDS de 2010 (***: $p < 0,001$, **: $p < 0,05$ et *: $p < 0,10$)

Variables	Ensemble du pays (N= 4960)					Milieu rural (N= 4532)					Milieu urbain (N= 429)				
	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3	N	Effet brut	M1	M2	M3
Age de la femme à la grossesse															
20-24 ans (R)	1290					1190					100				
<20 ans	323	0,93	1,28*	1,27*	1,23	278	0,97	1,37**	1,32*	1,28	45	0,78	0,88	0,86	0,76
25-29 ans	1315	1,22**	0,98	1,04	1,06	1197	1,31**	1,03	1,06	1,07	118	0,68	0,64	0,74	0,76
30-34 ans	852	1,14	0,87*	0,95	0,98	757	1,28**	0,96	1,00	1,02	95	0,53**	0,48**	0,60	0,61
35 ans +	1180	1,60***	1,90***	1,12	1,15	1110	1,63***	1,20*	1,12	1,14	70	1,12	0,97	1,16	1,27
Gestité															
Primipares (R)	927					814					113				
Multipares	4032	1,97***	2,10***	2,01***	1,95***	3718	2,06***	2,18***	2,15***	2,08***	315	1,14	1,26	0,99	0,96
Etat matrimonial															
En union (R)	4434					4082					352				
Pas en union	526	0,97	1,12	1,13	1,10	450	1,05	1,20	1,16	1,12	76	0,89	0,87	0,86	0,87
Milieu de résidence															
Milieu urbain (R)	428														
Milieu rural	4532	2,02***		1,62***	1,44**										
Niveau d'instruction															
Sans	2602	2,08***		1,72***	1,65***	2520	1,69***		1,62***	1,52***	sans: 81	4,73***		4,64***	3,29***
Prim. inc	1344	1,45***		1,34**	1,28**	1238	1,19*		1,19*	1,16	prim : 178	2,37***		2,42***	1,93**
Primaire et + (R)	1014					773					sec.+: 169				
Religion															
Catholiques (R)	3029					2841					188				
Protestantes	1547	1,15**		1,16*	1,16*	1378	1,18**		1,13*	1,15*	170	1,28		1,17	1,20
Musulmanes	378	1,09		1,20	1,94	308	1,46**		1,45**	1,43**	70	0,67		0,56**	0,52**
Niveau de vie du ménage															
Bas	1807	1,72***			1,38***	1761	1,44***			1,32**	38	2,88**			1,68
Moyen	1721	1,55***			1,31**	1646	1,28**			1,22**	75	3,52***			2,78**
Elevé (R)	1406					1094					312				
Taille du ménage															
<= 4 pers. (R)	1759					1660					99				
> de 4 pers.	3201	1,22**			0,99	2871	1,36***			1,01	330	0,59**			0,81
-2LL			6039,4	5935,7	5889,6			5406,1	5354,6	5320,0			582,3	545,9	528,5
Pseudo R²			0,027	0,054	0,057			0,029	0,042	0,044			0,027	0,134	0,169

2° Des facteurs socio-démographiques et culturels (M2)

En 2002, la prise en compte des variables socio-culturelles diminue l'effet de l'âge de la femme au niveau national et en milieu rural. Au niveau national, seul l'écart entre les femmes âgées de 20-24 ans (groupe de référence) et celles de 30-34 ans est significatif au seuil de 10% (OR=1,32). En milieux rural et urbain, la relation n'est pas significative. Dans les camps de déplacés, en revanche, le non-recours aux soins postnataux augmente de 51% chez les 30-34 ans ($p<0,10$) et de 59% chez les 35 ans et plus ($p<0,05$). En 2010, seules les femmes de moins de 20 ans sont les plus nombreuses à ne pas recourir aux soins postnataux au seuil de 10% au niveau national et en milieu rural. L'âge de la femme n'exerce pas d'effet significatif en milieu urbain.

En 2002, l'effet de la gestité n'est pas significatif quel que soit le milieu de résidence. En 2010, en revanche, la relation est positive au niveau national et en milieu rural et n'est pas significative en milieu urbain.

En 2002, l'impact de l'état matrimonial de la femme est significatif dans les camps de déplacés uniquement. Le non-recours aux soins postnataux est moins fréquent chez les femmes vivant seules comparées à celles vivant en union (OR=0,65). En 2010, cette variable n'a pas d'effet quel que soit le milieu de résidence.

Le milieu de résidence influence significativement le recours aux soins postnataux en effet brut comme dans le modèle M2. En 2002, le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez les déplacées de guerre (OR= 2,13 en effet brut et 1,86 en M2) et chez les femmes rurales (OR=1,78 en effet brut et 1,43 en M2) comparées aux femmes urbaines. En 2010, il est plus fréquent chez les femmes rurales comparées aux urbaines (OR= 2,02 en effet brut et 1,62 en M2).

En 2002, au niveau national et en milieu rural, les femmes sans instruction n'ont pas un comportement différent de celui des femmes de niveau primaire (groupe de référence) tandis que le non-recours aux soins postnataux est plus élevé chez les femmes ayant suivi un enseignement informel (OR= 1,49 au niveau national et 1,52 en milieu rural). En milieu urbain et dans les camps de déplacés, l'instruction de la femme n'influence pas la non-utilisation des soins postnataux. En 2010, une relation négative entre le niveau d'instruction de la femme et le non-recours aux soins postnataux est observée dans tous les milieux de résidence.

En 2002, on observe que l'appartenance religieuse n'influence le recours aux soins postnataux qu'en analyse bivariée, le non-recours étant moins fréquent chez les non-catholiques comparées aux catholiques. Cette relation est significative au seuil de 10% en milieu rural et n'est pas significative dans les camps de déplacés. En 2010, l'impact de la religion est significatif dans tous les milieux de résidence. Au niveau national, seules les protestantes sont les plus enclines au non-recours aux soins postnataux comparées aux catholiques. En milieu rural, le non-recours est plus

fréquent chez les protestantes (OR=1,16 en effet brut et 1,15 en M2) et chez les musulmanes (OR=1,46 en effet brut et 1,45 en M2). En milieu urbain, le non-recours est moins fréquent chez les musulmanes (0,52 en M2) comparées aux catholiques et l'écart entre ces dernières et les protestantes n'est pas significatif.

3° Des facteurs socio-démographiques, culturels et économiques (M3)

En 2002, l'effet de l'âge de la femme à la grossesse est très faible au niveau national et dans les camps de déplacés et est absent en milieux rural et urbain. Comparées aux femmes âgées de 20-24 ans, le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez les plus jeunes (moins de 20 ans) au niveau national (OR=1,48) et chez les plus âgées dans les camps de déplacés (OR = 1,51). En 2010, l'effet de l'âge de la femme à la naissance de l'enfant n'est pas statistiquement significatif dans tous les milieux de résidence (tableau 6.2).

En 2002, la gestité n'exerce pas d'effet significatif sur la non-utilisation des soins postnataux en effet net. En 2010, par contre, le non-recours aux soins postnataux augmente avec la parité au niveau national et en milieu rural. La relation n'est pas significative en milieu urbain.

En 2002, l'effet de l'état matrimonial n'est significatif que dans les camps de déplacés où, le non-recours aux soins postnataux est moins fréquent chez les femmes vivant seules comparées à celles vivant en union (OR=0,67). En 2010, la relation n'est pas significative quel que soit le milieu de résidence.

Contrairement aux attentes, le milieu de résidence n'influence pas la non-utilisation des soins postnataux en contrôlant le niveau de vie du ménage en 2002. En 2010, en revanche, le non-recours aux soins postnataux est 1,44 fois plus fréquent chez les femmes rurales comparées aux urbaines.

En 2002, la relation entre le niveau d'instruction et le non-recours aux soins postnataux est la même au niveau national et en milieu rural. Les femmes ayant suivi un enseignement informel sont les plus nombreuses à ne pas recourir aux soins postnataux (OR= 1,46 au niveau national et 1,50 en milieu rural) comparées à celles de niveau d'étude égal au moins au primaire et l'écart entre ces dernières et les non-instruites n'est pas significatif. L'effet de l'instruction de la femme n'est pas significatif dans les camps de déplacés et en milieu urbain. En 2010, la non-utilisation des soins postnataux diminue avec le niveau d'instruction et ce dans tous les milieux de résidence. En milieu rural, cependant, le comportement n'est pas différent selon que la femme ait terminé le primaire ou pas.

En 2002, l'effet de la religion n'est pas significatif en effet net ce qui n'est pas le cas en 2010. Au niveau national, le non-recours aux soins postnataux par les femmes de religion protestante augmente de 16% ($p<0,05$) comparées aux catholiques et l'écart entre ces dernières et les

musulmanes n'est pas significatif. En milieu rural, il augmente de 15% ($p < 0,10$) et de 44% ($p < 0,05$) chez les protestantes et chez les musulmanes respectivement. En milieu urbain, l'écart entre les chrétiennes (catholiques et protestantes) n'est pas significatif tandis que le non-recours aux soins postnataux diminue de 52% chez les musulmanes comparées aux catholiques.

En 2002, l'effet du niveau de vie du ménage n'est pas significatif en milieu rural. Dans les autres milieux, le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez les femmes de niveau de vie bas et celles de niveau de vie moyen comparées à celles de niveau de vie élevé. Les OR correspondant aux deux premiers groupes sont respectivement estimés à 1,37 et 1,51 au niveau national, 1,64 et 1,52 dans les camps de déplacés et 2,07 et 1,77 en milieu urbain. En 2010, ces OR sont respectivement estimés à 1,38 et 1,31 au niveau national et 1,32 et 1,22 en milieu rural. En milieu urbain, l'écart entre le niveau le plus bas et le niveau le plus élevé n'est pas statistiquement significatif. Par contre, le non-recours aux soins postnataux est 2,78 fois plus fréquent chez les femmes de niveau de vie moyen comparées à celles de niveau de vie élevé.

En 2002, l'effet de la taille du ménage n'est pas significatif au niveau national et en milieu rural. En milieu urbain, son influence positive est renforcée dans le modèle final (le seuil de significativité passe de 10% en effet brut à 5% en M3). Dans les camps de déplacés cette relation est significative en effet brut uniquement. En 2010, l'effet positif de la taille du ménage est significative en effet brut seulement et ce, dans tous les milieux de résidence.

Camps de déplacés : modèle final (M4).

Dans les camps de déplacés, seul le lien entre l'âge de la femme et les consultations postnatales disparaît complètement en contrôlant la période d'installation dans le camp. Les autres relations observées dans le modèle M3 n'ont pas été modifiées, seules des fluctuations des OR sont observées. Concernant la période d'installation dans le camp, son effet n'est pas significatif en effet brut mais l'est dans le modèle final. Comparées aux femmes installées dans le camp au cours de la période 1993-1995, ce sont les déplacées de la période 1996-2001 qui consultent le plus dans le postpartum. Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que, globalement, ces femmes accouchent à domicile (*cf.* chapitre 5), tandis que les déplacées de guerre de la période la plus ancienne ne voient pas l'intérêt d'une consultation après l'accouchement en formation sanitaire.

Au regard des analyses multivariées, force est de constater que peu de variables influencent l'utilisation des soins postnataux en 2002 comparé aux résultats de l'EDS de 2010. Au niveau national, seuls le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage ont un effet significatif en 2002. Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez les femmes ayant suivi un enseignement informel, chez les femmes de niveau de vie bas et celles de niveau de vie moyen. En 2010, la parité, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage sont significatifs, la non-utilisation des soins postnataux était plus élevée chez les multipares, chez

les femmes rurales, chez les non ou moins instruites, chez les femmes de niveau de vie bas et chez celles de niveau de vie moyen.

Tableau 6.3 : Synthèse des résultats multivariés

Milieus de résidence	En 2002	En 2010
Au niveau national	Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez : les femmes de formation informelle comparées à celles de niveau égal au moins au primaire, les femmes de niveau de vie bas et moyen comparées à celles de niveau de vie élevé	Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez : les multipares comparées aux primipares, les femmes peu ou pas instruites à celle de niveau détude au moins égal au primaire, protestantes comparées aux catholiques, les femmes de niveau de vie bas et moyen comparées à celles de niveau de vie élevé.
En milieu rural	Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez : les femmes de formations informelles comparées à celles de niveau au moins primaire	Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez : les multipares, les femmes sans instructions, les musulmanes et les femmes de niveau de vie bas et moyen.
En milieu urbain	Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez : les femmes de niveau de vie bas et moyen	Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez : les femmes peu ou pas instruites, les chrétiennes (catholiques et protestantes) et les femmes de niveau de vie moyen
Camps de déplacés	Le non-recours aux soins postnataux est plus fréquent chez : les multigestes, les femmes de niveau de vie bas et moyen et les déplacées de la période 1993-1995.	

En milieu rural, seul le niveau d’instruction exerce une influence significative en 2002 tandis qu’en 2010 le non-recours est plus fréquent chez les multipares, chez les femmes sans instruction, chez les musulmanes, chez les femmes de niveau de vie bas et moyen.

En milieu urbain, seuls le niveau de vie du ménage et sa taille exercent un effet positif sur le non-recours en 2002. En 2010, par contre, ce sont le niveau d’instruction de la femme, sa religion et le niveau de vie de son ménage qui influencent le recours aux soins postnataux. De ce fait, la non-utilisation des soins postnataux est plus élevée chez les femmes peu ou pas instruites, chez les chrétiennes (catholiques et protestantes) et chez les femmes de niveau de vie moyen.

En comparant les relations observées dans les camps de déplacés et en milieu rural en 2002, on remarque qu’en matière de recours aux soins postnataux, seul le niveau d’instruction est significatif en milieu rural tandis que dans les camps de déplacés, l’état matrimonial, le niveau de vie et la période d’installation dans le camp ont un effet significatif. Le non-recours dans les

camps est plus fréquent chez les femmes vivant en union, chez les femmes de niveau de vie bas et moyen et chez les déplacées de guerre de la période 1993-1995.

6.3. Pourquoi peu de femmes consultent-elles après l'accouchement ?

Si les données quantitatives ont permis d'identifier les facteurs du faible recours aux soins postnatals au Burundi, les données qualitatives permettront de saisir le sens que les femmes donnent à leur comportement de santé. Ainsi, l'analyse des entretiens semi-structures confirment les résultats de l'ESD-SR de 2002⁹⁴ : la majorité des femmes burundaises ne voient pas l'intérêt de la consultation postnatale en absence des problèmes de santé. Selon les données de l'ESD-SR de 2002, 76% des femmes (dont 75,8% en milieu rural, 79,3% dans les camps de déplacés et 75,5% en milieu urbain) ne voient pas l'intérêt d'une consultation postnatale quels que soient leurs caractéristiques et leurs milieux de résidence. Dans l'échantillon qualitatif, 17 seulement ont consulté au moins une fois après l'accouchement, et deux femmes seulement (une urbaine et une déplacée de Nyamirambo) ont consulté volontairement sans avoir de problème de santé. Une déplacée de guerre du site de Nyamirambo qui a l'habitude de consulter après chaque naissance a déclaré :

« J'aime écouter l'émission sur la santé de la reproduction. On dit qu'il faut consulter après, combien ? Deux semaines ? (...). L'infirmière titulaire était une religieuse (...) Elle a été surprise. Elle m'a dit : « je voulais te féliciter. Vas enseigner les autres femmes (...) ». Elle me dit : « d'ailleurs, viens ! Je vais moi-même t'examiner » (Dévote₁, 35 ans, secondaire complet, 2^{ème} grossesse).

Les autres ont déclaré qu'elles n'auraient pas consulté si elles n'avaient pas eu de complications. Durant la période 2000-2002, cinq femmes urbaines (dont 3 déplacées de guerre) ont accouché à domicile à cause de l'insécurité mais elles ont consulté le lendemain. Deux autres femmes ont consulté une semaine après une césarienne et une autre avait des problèmes de tension (artérielle) après l'accouchement.

C'est également à cause des problèmes de santé (saignement, évanouissement, douleur abdominale, soins de la cicatrice après une césarienne, etc.) que sept femmes du milieu rural (y compris dans le site de Nyamirambo) ont consulté pendant la période postpartum.

Encadré 6.1 : Qu'est-ce qu'un problème de santé ?

L'absence de problème de santé explique l'absence de recours aux soins postnatals mais aussi un recours tardif à une CPN. Mais, qu'est-ce qu'un problème de santé ? En d'autres termes, comment les femmes perçoivent-elles un problème de santé ?

La perception du problème de santé par les enquêtées relève du domaine de la subjectivité, c'est-à-dire,

⁹⁴ A l'EDS de 2010, les raisons de non-recours aux soins postnatals n'ont pas été saisies dans la base de données.

la façon dont le sujet évalue sa propre santé, que l'on peut opposer au diagnostic des professionnels de santé.

Partant de la théorie subjective de la santé, Faltermaier (1992, p.56) définit ce qu'il appelle « système de santé « invisible » : « *chaque individu a un rapport journalier à son corps, qu'il en note les changements d'état, réagit à ceux-ci et qu'il s'efforce de manière générale, même si les moyens diffèrent, de préserver sa santé. Le recours aux experts et au système professionnel de santé n'a lieu qu'au bout d'un processus plus ou moins long, au cours duquel les intéressés sont quotidiennement confrontés à des problèmes de santé ou cherchent peut-être vainement de l'aide au sein du réseau social* ».

La représentation sociale de la santé et de la maladie varie en fonction des groupes sociaux, dans le temps mais aussi dans l'espace (Mercier et Delville, 1988). Ces auteurs parlent de la relativité de la représentation sociale de la santé et de la maladie. La définition des symptômes de la maladie, telle que la douleur, varie d'une culture à l'autre. Ainsi, peut-on comprendre, que l'absence de problème de santé dont parlent les femmes est une absence de maladie, de douleur comme élément permettant de définir la maladie. On cherche les soins quand on a mal.

Par ailleurs, la grossesse n'est pas une maladie, c'est un phénomène normal même si elle n'en comporte pas moins des risques pour la santé et la survie du couple mère/enfant. Il est normal d'avoir quelques désagréments quand on est enceinte, il est aussi normal d'avoir mal après l'accouchement. Donner la vie fait souffrir.

Il est intéressant d'étudier la conception de la maternité chez les femmes ou les familles. Pour la grande majorité des femmes, le premier rôle de la CPN est de permettre de connaître l'état de santé de l'enfant, pour s'assurer que la grossesse évolue normalement et que l'accouchement se passera sans complication. Une fois qu'elle a accouché, la mère est « guérie ». Ce qui compte désormais, c'est la santé de son enfant d'où le respect du calendrier de vaccination. L'idée d'être « guérie » n'est-elle pas un facteur masquant la liaison entre l'accouchement et le mal que l'on a ? En d'autres termes, est-ce facile pour certaines femmes de comprendre que certaines complications (douleurs, maladies, infections, etc.) du postpartum sont une (des) conséquence (s) directe(s) ou indirecte(s) de l'accouchement ?

Le verso de la fiche remise à la CPN (voir figure 1.11 en annexe 1) est réservé aux consultations postnatales (une consultation dans les 15 premiers jours suivant l'accouchement et une autre à un mois et demi). Cependant il est indiqué « *Umukenyenzi wese akwiye kwisuzumisha yaiyaye* » (Il est préférable que chaque femme consulte après l'accouchement). Ce message, livré tel quel, signifie que la consultation postnatale est facultative. Par ailleurs, à part cette information et celle relative aux vaccins contre le tétanos (au recto de la fiche), la quasi-totalité du contenu de cette fiche est en français. Or, selon le recensement de 2008, seulement 11% de femmes savent lire et écrire le français (contre 15,9% des hommes).

6.4. Connaissances des risques pouvant surgir dans le postpartum

Le saignement abondant et durant plusieurs jours est le risque cité par plusieurs femmes (7 femmes urbaines dont 2 déplacées et 9 rurales dont 1 déplacée). Pour ces femmes, le saignement

peut entraîner une anémie voire la mort. Une femme peut souffrir voire mourir suite à un accouchement compliqué à cause :

- des restes de couches qui n'ont pas été expulsés (Francine, Kamenge, 28 ans, primaire complet 3 grossesses; Divine, Kanyosha, 26 ans, primaire incompl., 4 grossesses ; Joëlle, Kinama, 34 ans, secondaire incompl., 5 grossesses ; Zidora, Bukeye, 39 ans, primaire incomp., 6 grossesses) ;
- une infection de la plaie suite à une déchirure pendant l'accouchement (Nadège, Nyakabiga, 29 ans, secondaire compl., 2 grossesses ; Joséphine, Jabe, secondaire complet, 4 grossesses), une épisiotomie (Espérance, 32 ans, secondaire complet, 3 grossesses) ou une césarienne (Evelyne, site de Kanyosha, 28 ans, secondaire incompl., 3 grossesses, Claudette, site de Kanyosha, 31 ans, sans instruction, 4 grossesses).
- Déchirure de l'utérus ou appareil génital (*gutabuka igitereko*) (Jeanne, Bukeye, 43 ans, primaire incompl., 10 grossesses ; Micheline, Bukeye, 28 ans, primaire compl., 5 grossesses ; Yolande, site de Nyamirambo, 31 ans, primaire compl., 5 grossesses).

Des maladies peuvent surgir après l'accouchement : paludisme (Anne, Kamenge, 25 ans, secondaire incompl., 2 grossesses ; Crescence, site de Kanyosha, 43 ans, primaire compl., 11 grossesses ; Evangeline, Bukeye, 27 ans, primaire compl., 5 grossesses ; Rachel, site de Nyamirambo, 39 ans, école caté., 6 grossesses), douleur abdominale (Marceline, Bukeye, 36 ans, école caté., 7 grossesses ; Monique, Bukeye, 29 ans, école caté., 5 grossesses), fièvre (Gloriose, carama, 30 ans, primaire compl., 5 grossesses), mal de dos (Nadège, Nyakabiga, 29 ans, secondaire compl., 2 grossesses ; Mamerte, Musaga, 34 ans, niveau supérieur, 3 grossesses ; Rénilde, site de Kanyosha, 31 ans, primaire compl., 2 grossesses).

Selon les enquêtées, ces complications peuvent se produire immédiatement après l'accouchement (le saignement par exemple), après quelques jours (saignement à cause de la fatigue, infection, maladie comme le paludisme) voire 1 ou 2 mois (développement des infections ou des tumeurs).

«Des tumeurs peuvent se développer et cela demande une opération alors que la personne avait accouché sans difficulté.» (Alice, Kamenge, 30 ans, primaire compl, 7 grossesses).

Malgré cette liste de risque du postpartum, les femmes les citent moins spontanément que les risques liés à l'accouchement. Peut-être qu'il n'est pas facile, pour certaines femmes ou leur famille, de faire un lien entre une complication du postpartum et l'accouchement. En d'autres termes, les femmes pensent que les complications qui surviennent après l'accouchement trouvent leur cause ailleurs que dans l'accouchement lui-même.

Conclusion

Les résultats des analyses multivariées ont montré que peu de facteurs expliquent le non-recours aux soins postnataux, mais que la situation a évolué de 2002 à 2010. En 2002, seules les femmes peu instruites en milieu rural et celles de niveau de vie bas ou moyen en milieu urbain affichent un comportement moins enclin aux soins postnataux. En fait, les visites postnatales sont encore rares à cette date (20% de l'échantillon) pour être différenciées. En 2010, des déterminants supplémentaires sont révélés : ce sont les multipares, les femmes non-instruites, les musulmanes et les femmes de niveau de vie bas ou moyen en milieu rural ; les chrétiennes et les femmes peu ou pas instruites en milieu urbain qui sont les moins enclines à recourir aux soins postnataux.

Dans les camps de déplacés de guerre, les résultats de 2002 montrent que l'impact du niveau d'instruction n'est pas significatif. Par contre le rang de grossesse, le niveau de vie du ménage et la date d'arrivée dans le camp sont des déterminants importants du recours aux soins postnataux.

Les analyses qualitatives ont confirmé les résultats de l'ESD-SR de 2002 : quelles que soient leurs caractéristiques, les femmes ne voient pas l'intérêt des soins postnataux en l'absence de problème de santé. Il y a un manque évident de sensibilisation à l'utilité des soins postnataux. A. Prual et ses collègues (2002, p.91) soulignent qu'en Afrique sub-saharienne, *« pendant aux moins deux décennies, la CPN et le planning familial ont bien souvent été les seules actions réellement organisées en matière de santé féminine, encore que leur objectif était plutôt la diminution de la mortalité infanto-juvénile »*. Et là encore, il y a lieu de se poser la question sur la place des soins (modernes) préventifs en matière de santé maternelle.

CHAPITRE VII : RELATIONS INTERPERSONNELLES ET SANTE MATERNELLE

Deux hypothèses de cette étude stipulent que le manque de sensibilisation des familles aux avantages des soins obstétricaux et la difficile interaction entre soignants et soignées constituent des obstacles à l'utilisation satisfaisante des services de santé maternelle (*cf.* chapitre 2). Bien que ces hypothèses soient partiellement vérifiées, il semble important de s'attarder un peu sur l'impact des relations interpersonnelles de la femme comme facteur de recours ou non aux soins de santé maternelle. Dans le présent chapitre, il sera question d'une réflexion sur l'interaction entre une gestante/parturiente et son entourage social à partir des témoignages recueillis auprès des femmes enquêtées en 2011. La première section discutera de l'implication du mari/partenaire dans les questions de santé maternelle et la deuxième portera sur l'interaction entre les prestataires et les utilisatrices des soins.

7.1. Rôle du mari dans la santé maternelle

D'emblée, le rôle de l'entourage semble être absent dans le discours des femmes. La discrétion étant de mise pendant la grossesse, la maman de la gestante et son mari (partenaire) sont les seules personnes à être informées de cet heureux événement. La mère est la confidente de sa fille, elle la soutient moralement. Le mari, lui, en plus du soutien moral, s'occupe de l'aspect financier.

7.1.1. Rôle du mari

Le rôle du mari dans les questions de santé de la mère est jugé important par les femmes enquêtées. Pour la majorité des enquêtées (31 dont 12 urbaines et 19 rurales), c'est le mari qui s'occupe de la logistique.

« Quand tu n'as pas de mari pour t'aider, tu peux même mourir sur la table d'accouchement à cause de mauvaises pensées (...) Un homme, même quand il ne travaille pas, il peut emprunter de l'argent (...) » (Francine, Kamenge, 28 ans, primaire complet, 3 grossesses).

C'est grâce à l'argent du mari que les besoins particuliers de la femme enceinte ou allaitante sont satisfaits. La plupart de ces femmes font allusion aux dépenses liées aux frais de santé et à l'alimentation.

« C'est lui qui s'occupe de toi quand tu es malade, c'est lui qui te donne de l'argent (...), il te donne ce dont tu as envie de manger (...) » (Aline, Bukeye, primaire compl., 5 grossesses)

Le mari est censé alléger le travail de sa femme car la gestante/allaitante doit être préservée de la fatigue. En milieu rural, la réponse la plus récurrente est *« quand je suis enceinte, il engage une personne qui va m'aider dans les champs »*. Par contre, cinq femmes urbaines seulement ont évoqué le partage des tâches ménagères entre époux, sans pour autant préciser dans quel domaine le mari participe

concrètement. Une seule femme de niveau d'étude secondaire complet a déclaré que, en l'absence de la femme de ménage, son mari s'occupe des enfants quand, elle, s'occupe de la cuisine. Néanmoins, certains maris refusent d'aider dans les tâches ménagères.

Pour d'autres femmes, une femme enceinte/allaitante a besoin du soutien psychologique de son mari et une femme maltraitée risque d'avoir des problèmes de santé (Mamerte, Musaga, 34 ans, grossesses ; Emma, Jabe, 35 ans, 4 grossesses ; Lydia, Bukeye, 33 ans, 4 grossesses ; Dévote, site de Nyamirambo, 35 ans, 5 grossesses).

7.1.2. Dialogue entre époux en matière de santé de la mère

En matière de santé maternelle, en milieu urbain, les discussions dans le couple sont centrées sur la limitation des naissances. En milieu rural, en revanche, elles tournent autour de ce qui s'est passé en CPN.

Certaines femmes ont déclaré avoir régulièrement ce dialogue. D'autres ont déclaré que le dialogue avec leur mari est occasionnel, soit :

- parce que le mari est indifférent (Chantal, Kamenge, sans instruction, 6 grossesses ; Gloriose, Carama, 30 ans, primaire compl., 5 grossesses ; Rénilde, site de Kanyosha, 31 ans, primaire compl., 2 grossesses ; Micheline, Bukeye, 28 ans, primaire compl., 5 grossesses) ;
- parce que le mari est souvent absent du ménage à cause de son travail (Zidora, Bukeye, 39 ans, primaire incompl., 6 grossesses ; Francine, Bukeye, 36 ans, secondaire complet, 4 grossesses).

Pour d'autres femmes, le dialogue entre époux n'existe plus. Il s'agit de couples en difficulté (Marie, Kamenge, 36 ans, primaire incompl., 6 grossesses ; Gaudence, Buterere, 35 ans, école caté., 5 grossesses ; Isabelle, Bukeye, 34 ans, école caté., 7 grossesses ; Domitille, Bukeye, 35 ans, primaire incompl., 6 grossesses ; Rachel, site de Nyamirambo, 39 ans, école caté., 6 grossesses).

7.1.3. Qu'en est-il de l'accompagnement des femmes par leurs partenaires dans le parcours de soins obstétricaux ?

En règle générale, les maris n'accompagnent pas leurs épouses en CPN. C'est d'ailleurs, pour certaines femmes, l'un des motifs de la non-efficacité des politiques de santé maternelle. Selon Evelyne (site de Kanyosha, 28 ans, secondaire incomplet, 3 grossesses), il n'est pas facile, pour les femmes, de mettre en pratique des recommandations reçues pendant la CPN tant que les hommes, eux aussi, ne sont pas sensibilisés. Quant à Claire (Bukeye, 51 ans, école caté., 10 grossesses), elle remet en cause l'efficacité du dépistage du VIH/SIDA chez les femmes enceintes aussi longtemps que les hommes n'acceptent pas d'être soumis à ce test. Beaucoup d'hommes refusent toujours le dépistage du VIH/SIDA sous prétexte que l'état sérologique de leur femme

(qui, elle, doit subir le dépistage) révèle le leur. Toutes les femmes enquêtées, instruites et moins instruites, déplorent l'absence d'implication des hommes dans la santé de la reproduction en général.

Certaines femmes ont suggéré que les hommes soient obligés d'accompagner leurs femmes en CPN. Certaines suggèrent même qu'une femme non accompagnée par son mari ne soit pas examinée (toujours dans l'objectif d'éveiller la conscience des hommes). Cette mesure ne permettrait certainement pas de résoudre le problème car elle pénaliserait la femme dont le mari est absent du ménage (parce qu'il travaille loin de chez lui) ou récalcitrant (Zoena, site de Nyamirambo, 35 ans, secondaire incomplet, 5 grossesses).

Habituellement, au Burundi, les hommes n'accompagnent pas leurs femmes dans la salle d'accouchement (des formations sanitaires). Qu'en pensent les femmes ?

Quelque soit le milieu de résidence ou le niveau d'instruction de la femme, les avis sont partagés. Ainsi, 21 femmes (10 urbaines dont 2 déplacées et 11 rurales dont 4 déplacées) sont favorables à la présence des maris dans les salles d'accouchement estimant que cela permettrait aux hommes de comprendre combien les femmes souffrent en donnant la vie. Plusieurs de ces femmes estimaient que « *les hommes comprendront qu'un enfant, ça ne se ramasse pas par terre* » et que si les hommes savaient combien la femme souffre pendant l'accouchement, ils reconnaîtraient sa valeur.

Parmi les femmes défavorables à la présence de leurs maris, certaines n'ont pas voulu expliquer les motifs de ce refus, pour les autres, les raisons sont diverses :

- Les croyances : il semble que si un mari adultère est présent lors de l'accouchement, cette dernière risque de mourir (Goreth, Mutimbuze, 39 ans, primaire complet, 9 grossesses ; Evangeline, Bukeye, 27 ans, primaire complet, 5 grossesses),
- l'accouchement est un mystère réservé aux femmes uniquement (Joëlle, Kinama, 34 ans, secondaire incompl., 5 grossesses), « *ton mari te méprisera s'il voit comment ça se passe* » (Francine, Kamenge, 28 ans, primaire complet, 3 grossesses).
- la pudeur : « *Non, je ne le veux pas* » (Mamerte, Musaga, 34 ans, niveau supérieur, 3 grossesses) ; « *la femme aurait honte* » (Gloriose, Carama, 30 ans, primaire comp., 5 grossesses)
- l'accouchement fait peur, « *le mari risque d'être traumatisé en assistant impuissamment à la douleur de sa femme* » (Lydia, Bukeye, 33 ans, secondaire complet, 4 grossesses). C'est aussi l'avis de Dalia (Bukeye, 29 ans, primaire compl., 5 grossesse).

- Cinq femmes (dont 1 urbaine) ne voient pas l'intérêt de la présence du mari dans la salle d'accouchement. « *En quoi peut-il être utile ?* », demandaient-elles.

En conclusion, dans le domaine de la santé de la mère, le rôle de la famille élargie et de l'entourage est quasi-absent des discours des enquêtées. À part le mari (partenaire), seule la maman de la femme est informée de l'état de grossesse de sa fille car la discrétion s'impose, pendant les premiers mois de gestation notamment.

En matière de santé de la mère, le mari est censé être le premier à encourager sa femme à consulter les professionnels de santé. C'est lui qui paie les frais de santé. Il doit veiller à la bonne alimentation de sa femme en lui procurant ce dont elle a besoin. Le mari est également censé aider sa femme dans les tâches ménagères afin de préserver sa femme de la fatigue. Enfin, le mari doit respecter sa femme car une femme enceinte doit éviter toute source de stress et de frustration.

D'une manière générale, la femme africaine est économiquement et socialement dépendante de son mari. C'est à cause de cette dépendance qu'il est difficile pour la femme de prendre une décision concernant des problèmes dont la solution engage des dépenses (Asowa-Omorodion, 1997).

Il est également important de noter que les femmes évoquent difficilement leur relation avec leur mari ou leur famille et restent vagues dans leurs réponses. Elles disent ce qui doit être fait (en théorie) mais parlent moins de ce qui se passe chez elles réellement. Il est donc difficile de démêler ce que l'individu fait réellement de ce qu'il est censé faire.

Néanmoins, certaines femmes précisait que le rôle du mari dépend de la relation au sein du couple : « *quand tout va bien...* », « *quand vous vous entendez bien ...* ». En d'autres termes, le type de relation au sein du couple détermine l'implication du mari dans la santé de sa femme.

7.2. Relation entre soignants et soignées

L'analyse de la perception par les enquêtées de l'attitude des professionnels de santé et la lecture d'autres travaux de recherche sur cette problématique en Afrique, fait apparaître trois constat : l'absence de dialogue entre soignants et soignées, la violence du personnel soignant à l'égard des utilisatrices des soins de santé maternelle et le rapport de domination.

7.2.1. L'absence de dialogue entre soignant/soignée

Moins de la moitié des enquêtées (10 en milieu urbain, 14 en milieu rural, et 2 dans le site de Nyamirambo) se seraient exprimées durant la CPN (poser une question par exemple). Mais leurs

réponses sont souvent vagues et il est difficile de comprendre si réellement elles se sont exprimées. A la demande de préciser le type de question posée, la plupart répliquait :

« *Oui, quand tu as un problème tu poses la question et on te répond* ».

Les autres déclaraient qu'elles n'avaient pas de problème de santé, donc qu'il n'était pas nécessaire de poser de questions.

Concernant la qualité de l'accueil (salutation, invitation à s'asseoir, etc.), le personnel soignant n'invite pas les patientes à s'asseoir et à s'exprimer :

« *On ne te pose pas de question, on sait pourquoi tu es là* » (Rénilde, site de Kanyosha, 31 ans, primaire compl., 2 grossesses).

« *Ici chez nous, il n'y a pas moyen de poser une question, qu'est-ce que tu vas poser comme question ? (...). Tu sais, normalement tu poses une question à la personne qui te demande comment tu vas, sinon tu arrives et tu montes sur le lit* » (Micheline, Bukeye, 28 ans, primaire comp., 5 grossesses).

En d'autres termes, si l'agent de santé n'initie pas le dialogue et qu'il montre qu'il est pressé, sa patiente ne va pas poser des questions qui risquent de « faire perdre du temps ».

L'analyse des entretiens a révélé que les règles minimales de politesse régissant la société (salutations, invitation à s'exprimer, etc.) ne sont pas toujours respectées par le personnel soignant. L'accueil ne se limite pas aux échanges de salutations, il comprend également la façon de regarder, d'écouter, de parler, bref les manières de considérer l'autre (Souley, 2003).

Plusieurs travaux se sont penchés sur la problématique de communication entre soignants et soignés. Pour Cosnier (1993, p. 18), « *l'importance des communications interindividuelles, loin de s'amoindrir, croît au contraire de plus en plus au point qu'elles ne peuvent plus être considérées sous l'étiquette d'un humanisme respectable « allant de soi » et découlant du « bon cœur » professionnel des soignants, mais plutôt comme un paramètre essentiel de la fonction de soins ; paramètre incontournable dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre* ». Selon cet auteur, le verbal et le non-verbal (mimiques, gestes, regard, changement de posture et d'intonation, toucher, etc.) sont importants dans une consultation médicale.

La mauvaise qualité de l'accueil dans des structures de soins de santé a été, également, observée en Afrique de l'Ouest (Moussa, 2003 ; Souley, 2003). Dans son étude ethnographique dans les centres de planification familiale au Niger, Moussa (2003) a remarqué que les utilisatrices des moyens de la contraception ne sont pas satisfaites de la qualité de l'accueil dans ces centres. Selon l'auteur, « *le ton utilisé est rarement amical et le langage corporel ne communique aucune chaleur ni compassion* ». Pourtant, explique l'auteur, la proximité entre soignants et soignés est fonction de « *l'expression de*

chaleur». Il a également remarqué une absence de communication entre patientes et sages-femmes : « *le discours est unidirectionnel (...) La restriction de l'échange dialogique conduit à une totale mésestimation et un désintérêt marqué pour la parole des patientes* ».

Cette absence de dialogue entre soignants et soignés peut être expliquée, entre autres, par le souci du soignant de protéger son « territoire ». En fait, le soignant a des connaissances médicales spécialisées (Lacoste, 1993, p. 49) et ne se donne pas la peine de discuter avec des profanes (à part le moment de l'interrogatoire) qui risquent de ne pas comprendre ce langage « hautement compliqué ». C'est probablement cette image du soignant, socialement partagée (le soignant sait tout et peut tout soigner) qui lui attribue le « monopole de la parole » et met le patient dans une position de totale dépendance où il n'a même pas le droit d'exprimer des préoccupations concernant sa santé. Ce savoir spécialisé détermine la position de puissance du soignant.

Analysant les études d'interaction dans le monde médical, Lacoste (1993) a montré l'importance du langage et la complexité de la relation médicale. Dans la relation médecin-malade, l'auteur a mis en évidence deux tendances opposées : une relation inégalitaire, fondée sur la dominance et le pouvoir de l'expert et une coopération entre malade-médecin. À entendre le discours des femmes enquêtées, au Burundi, c'est plutôt la première tendance (relation de domination) qui se dégage de la relation soignant-soignée.

7.2.2. Rapport inégalitaire

D'un côté, il y a inégalités entre les détenteurs du savoir-faire et les demandeurs de service. Il s'agit de « *la position d'un « Je » qui sait, opposé à un « Vous » qui ne sait pas* » (Grosjean, 1993, p. 149).

« (...) *tu peux être malade et tu lui [l'agent de santé] dis comment tu te sens. Lui (elle) te demande si toi tu es un soignant, si toi tu peux deviner ce dont tu souffres. Et toi tu réponds : « non moi je te disais que j'ai des maux de tête ou j'ai de la fièvre, je pense que c'est peut-être du paludisme ».* Il (elle) commence à te gronder, à te parler mal. Il (elle) peut même t'inviter à sortir de la salle immédiatement » (Laetitia, Muzinda, 37 ans, primaire incompl., 7 grossesses).

Concernant la question de savoir si le personnel soignant salue les patients, Sophie (site de Nyamirambo, 35 ans, primaires complet, 6 grossesses) s'étonna : « *te saluer !!!* ». Et puis elle rit longuement, d'un rire moqueur. En fait, les prestataires de soins sont tellement hautains qu'ils ne peuvent pas se rabaisser pour saluer les « petites gens » (Sophie, site de Nyamirambo, 35 ans, primaires complet, 6 grossesses).

De l'autre, il y a inégalités de traitement liées aux rangs sociaux et le mépris des plus démunies :

« *Les jeunes gens sont compliqués (huuum). Ici à la campagne, il nous arrive de porter une petite culotte sale ou, parfois, tu oublies de la mettre (ehee). Tu vois cette jupe que je porte (hum), ça peut être une source de*

conflit, c'est pour cette raison que beaucoup de femmes refusent d'aller en consultation (...), je le dis parce ça m'est arrivé (...) Tu vois, tu mets cette jupe (oui), en dessous (oui). Si une personne te demande de la descendre comme ça (ehee), toi, tu comprends qu'elle cherche à voir quelque chose mais que, malheureusement, elle n'a pas pu le faire (...) ça fait très mal» (Domitille, Bukeye, 35 ans, primaire incompl., 6 grossesses)

A Bukeye, les femmes ont déclaré que pendant les CPN ou les campagnes de vaccination des enfants, ce sont les intellectuelles, les fonctionnaires de l'Etat qui sont servies en premier pour aller vaquer à leurs travaux par la suite. Peu importe son heure d'arrivée, la femme intellectuelle ou celle qui est « bien habillée » (signe d'un certain rang social) est servie avant les autres. Ces dernières n'osent pas dénoncer cette injustice car elles se sentent impuissantes.

En effet, le secteur de santé est un secteur très hiérarchisé (résultat du paradigme pasteurien selon Dujardin, 2003). Le comportement du personnel soignant serait la reproduction de cette hiérarchisation (Moussa, 2003 ; Jewkes *et al.*, 1998). Selon Cosnier (1993, p. 27), « les « marqueurs de fonction nettement affichés du côté du personnel soignant (blouses, stéthoscope, etc.) (...) contribuent à simplifier le repérage des fonctions et à sécuriser les patients (...). Ils fonctionnent en outre comme des marqueurs de hiérarchie et comme différenciation soignants-soignés ». Moussa (2003) aborde dans le même sens : « le complexe de supériorité assez fortement manifesté chez les sages-femmes provoque à l'inverse chez certaines patientes, un complexe d'infériorité » (Moussa, 2003).

Dans leur étude sur la relation entre les patientes et les infirmiers de deux services obstétricaux en Afrique du sud, Jewkes *et al.* (1998) ont constaté que ce sont les infirmiers du niveau le plus bas de l'échelon qui affichent une attitude plus sévère envers les patientes. Conscients du faible écart entre leur niveau d'instruction et celui des patientes, la violence est une stratégie pour augmenter la distance entre les deux catégories de partenaires (Jewkes *et al.*, 1998).

7.2.3. Exercice de la violence

Bien que cela soit un phénomène complexe, l'OMS définit la violence comme étant « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence » (OMS, 2002). Il s'agit, en fait, d'une multiplicité d'actes de violences physiques ou autres pouvant entraîner, outre la mort, une atteinte psychologiques ou des problèmes pouvant compromettre le bien-être personnel, familial ou communautaire (*idem*).

La violence dont il est question dans cette étude est la violence interpersonnelle observée en milieu de soin (négligence, mépris, insulte, violence physique, etc.). L'analyse des entretiens révèle plusieurs cas d'abus dans les services de maternité.

Au moment de l'enquête, Evelyne (Kanyosha, 28 ans, secondaire incomp., 3 grossesses) avait déjà eu trois naissances (dont la dernière est gémellaire). Le premier accouchement a eu lieu à domicile à cause de l'insécurité, le deuxième a eu lieu à l'entrée de la salle d'accouchement du centre de santé et enfin, elle a accouché de ses jumeaux au CHU. Comparant le déroulement de ses accouchements Evelyne raconte :

« Je vais dire quelque chose mais je ne sais pas si ça correspond aux normes de l'Etat ou pas. Moi je dirais que tout est un don de Dieu (...). Mon deuxième enfant, je suis allée accoucher au centre de santé mais j'ai accouché à l'entrée de la salle alors que nous n'avions pas cessé d'appeler l'infirmière » (...) cette «infirmière», ce qu'elle a fait, elle a passé 30 minutes en mettant les gants (...) elle a passé tout ce temps en me disant qu'elle fouille, qu'elle cherche où sont les gants (...) Donc tu comprends, Ketia est née à la maison, je n'ai pas souffert (...) j'avais voulu que Muriel naisse au centre de santé mais j'ai beaucoup plus souffert que quand j'ai accouché Ketia, ce qui veut dire que tout est don de Dieu ».

Quant à l'accouchement de ses jumeaux, elle dit :

« Oui, il y a quelque chose qui m'a fait mal, je ne l'oublierai jamais. Je ne sais pas s'il s'agit de la méchanceté ou si c'est de la négligence, je ne sais pas (...) Par exemple moi j'ai accouché vers 5 h du matin mais je suis restée couchée sur ce petit lit jusque 11 h (...) je n'arrêtais pas de demander : « je vais quitter d'ici, j'ai besoin de changer de côté, j'ai mal » (...) plus de 4 ou 5 heures allongée sur le lit ! Toute personne qui passe te voit ! C'est désagréable quand même ! »

Pour elle, les accoucheuses traditionnelles (qu'elle appelle sages-femmes) ont de la compassion plus que les professionnels de santé :

« Moi je préfère les sages-femmes aux soignants (hum) puisque les sages-femmes y mettent tout leur cœur, elles ont de la compassion (hum) mais les soignants ! Il arrive des fois où ils te réprimandent, ils te traumatisent, etc. (hum), ou bien ils t'insultent comme si c'est de ta faute (...) avoir fait l'école paramédicale ou la médecine ne suffit pas (...) le soignant doit aussi être courtois (...) ».

La quasi-totalité des femmes qui ont accepté de s'exprimer sur le sujet concernant l'attitude du personnel soignant ont évoqué des cas de négligence ou de manque d'attention du personnel des services de santé maternelle. Le mépris et les insultes ont été également cités. Celles qui ne l'ont pas vécu personnellement, l'ont vu ou entendu chez les autres mères.

Nadège est infirmière⁹⁵. Elle n'a jamais eu de problèmes avec les accoucheurs car ce sont ses collègues. Cependant, elle reconnaît un manque de dialogue voire de considération des soignants à l'égard des parturientes. Selon elle, l'attitude des soignants pendant la CPN est bonne mais la prise en charge pendant l'accouchement n'est pas satisfaisante. Elle dit :

⁹⁵ Notez qu'elle n'a pas été enquêtée en qualité d'infirmière. L'enquêtrice ne la connaissait pas à l'avance.

« On peut te dire qu'il s'agit de caprices, que tu n'es pas la première qui accouche, même les autres l'ont fait. Cela fait mal au cœur » (Nadège, Nyakabiga, 29 ans, secondaire compl., 2 grossesses)

D'autres femmes ont fait référence à « ce refus de répondre aux caprices des femmes ». Il s'agit de Goreth (Mutimbuzi, 39 ans, primaire compl., 9 grossesses), Emma (Jabe, 35 ans, secondaire compl., 4 grossesses), Jeanine (Nyakabiga, 31 ans, secondaire compl., 4 grossesses), Rénilde (site de Kanyosha, 31 ans, primaire, 2 grossesses), Constance (Bukeye, 35 ans, primaire compl., 6 grossesses) et Micheline (Bukeye, 28 ans, primaire comp., 5 grossesses) .

En fait, une fois la femme arrivée au service de maternité, elle est reçue et examinée par un professionnel de la santé. Selon l'évolution du travail, celui-ci estime le temps qui reste pour qu'elle accouche. Il semble que, tant que le temps estimé ne s'est pas encore écoulé, certains soignants ne réagissent pas même quand la parturiente appelle. Les témoignages de Claudine (Kamenge, 42 ans, secondaire incompl, 4 grossesses) et Marie (Kamenge, 36 ans, primaire incompl., 6 grossesses) résument tous les autres témoignages sur ce sujet. En 2011, Claudine a accouché de son quatrième enfant avant terme (1 mois à l'avance). Le centre de santé l'a référée au CHU de Kamenge (hôpital Roi Khaled). Elle a passé deux jours sous surveillance et pour finir son travail a été déclenché. Elle raconte :

« (...) et les contractions sont devenues fréquentes et très douloureuses et j'ai dit à la personne qui me gardait : « je sens l'enfant en train de descendre (ehëi) je risque d'accoucher ici. Accompagnes-moi dans la salle d'accouchement ». Elle m'a tenu par la main, elle a pris le sérum et moi je l'ai suivi (ehii). Arrivées là bas, nous avons frappé à la porte et l'infirmière est sortie et elle nous a demandé : « que faites-vous ici ? » Et moi j'ai répondu : « Je sens l'enfant en train de descendre, au nom de Dieu ». Elle répond : « Dégagez ! S'il y a quelqu'un dans la salle est-ce qu'on va vous mettre l'une sur l'autre sur un même lit ? ». (...). Arrivée à l'entrée de la salle d'attente, j'ai senti une douleur intense, c'est comme si l'enfant était déjà entre mes jambes (...). Je lui ai dit « mais madame c'est comme si l'enfant est entre mes jambes (ehii). Et elle de répliquer : « vous, vous ne m'écoutez pas » (...) Une maman qui passait et qui nous a entendues dit à l'infirmière : « mais c'est elle qui porte l'enfant, c'est elle qui sait ce qu'elle ressent ». L'infirmière la regarda et me dit : « viens, viens ! » Elle ouvre la porte et moi j'entre. Il n'y avait personne. Je te jure il n'y avait personne. Elle m'a examiné et m'a dit : « voilà l'enfant. Tant pis pour toi, si tu ne pousses pas tu vas l'étouffer ». J'ai attendu un peu car les contractions diminuaient. Elle me dit : « pousse ». Et moi je lui dis : « non, attends ! Je vais pousser quand je sentirai les contractions ». Et elle répliqua : « tu sais, moi je vais m'asseoir là bas, ce n'est pas moi qui t'ai accouché tes autres enfants. Moi je viendrai prendre l'enfant que tu donneras (rire) ; (...). J'ai crié : « je vais mourir, viens m'aider ». Elle répond : « Qui ? Moi ? Et les trois autres tu les as eus comment ? Moi je t'ai dit que je viendrai prendre l'enfant que tu me donneras » (...). Un infirmier est arrivé, un homme. Il a appelé l'infirmière pour qu'ils m'aident. Il a commencé à pousser sur mon ventre et l'infirmière s'est levée et elle est venue vers cet homme et lui a dit : « laisse-la ! Est-ce toi qui l'as accouché les autres fois. Elle va se débrouiller » (...) et je me suis dit : « ça y est ! Ils m'abandonnent ». J'ai commencé à prier Dieu (...) J'ai senti une contraction (...) J'ai crié : « Ô, madame, je vais mourir » et j'ai poussé. Elle s'est vite levée et me dit : « ne pousse pas trop ! ». Elle tira l'enfant et c'est comme ça que j'ai accouché. »

Marie₂ (Kamenge, 36 ans, primaire incompl., 5^{ème} grossesses), quant à elle, a accouché à même le sol, les infirmières ont été réveillées par le cri de l'enfant. Elle raconte avoir beaucoup saigné après l'accouchement car les infirmières, après avoir prodigué les soins à l'enfant, sous prétexte d'être fatiguées, sont parties se coucher sans soigner la mère.

Les deux accoucheuses interviewées à Bukeye ont également déclaré qu'il leur était arrivé, à maintes reprises, d'accoucher les femmes déjà présentes au centre de santé (celles qu'elles ont accompagnées ou celles qui font appel à leur aide) parce que les soignants avaient refusé d'intervenir.

Des cas de corruptions ont également été évoqués. Selon Aline₁ (Bukeye, 36 ans, primaire compl., 1^{ère} grossesse), elle n'aurait pas eu son premier enfant si elle n'avait pas donné de l'argent à l'infirmière qui l'a accouchée. Quant à Alice (Kamenge, 30 ans, primaire compl., 7 grossesses) qui a accouché de son enfant âgé de 4 ans et demi au moment de l'enquête dans un des hôpitaux de la ville, elle raconte:

« Elles m'ont malmenée jusqu'à ce que cet enfant naisse sans souffle à cause de leur négligence. Elles n'arrêtaient pas de me demander où sont les poissons que j'ai apporté ». Et l'enquêtrice de demander : « est-ce que tu devrais apporter des poissons où c'est leur façon de dire ? ». Alice répond : « je pense que c'est leur façon de dire mais elles voulaient un billet (...) à ce moment on ne payait pas mais il arrivait qu'elles demandaient un pot de vin ».

Certaines femmes rencontrées à Bujumbura trouvent que, suite à la gratuité de l'accouchement, le personnel soignant est moins motivé et fait moins attention aux parturientes. En revanche, aucune femme rurale n'a évoqué l'effet de la gratuité de l'accouchement sur le comportement du personnel soignant.

Les femmes ont du mal à dénoncer le dysfonctionnement du système de santé car le professionnel de santé (médecin, infirmière, etc.) est incontournable dans la vie de la communauté. Les patientes craignent de dénoncer les abus du personnel soignant parce qu'elles ont toujours besoin du centre de santé et qu'elles ont peur des conséquences pour elles ou leurs familles. Par exemple, Micheline (Bukeye, 28 ans, primaire comp., 5 grossesses) a accompagné une femme qui était allée accoucher au centre de santé. Celle-ci a accouché sans aide parce que les infirmières dormaient et ont refusé de répondre à son appel. Cette femme n'a pas dénoncé ces infirmières parce que, dit Micheline :

« Nous n'avons pas voulu dénoncer ça parce que nous évitions de créer des problèmes dans un endroit où nous sommes des habituées ».

Par ailleurs, le fait de dénoncer ces abus « *ne change rien* » (Francine, Kamenge, 28 ans, primaire complet, 3 grossesses).

Comparant son expérience de maternité au Burundi et en Tanzanie, Evangeline (Bukeye, 27 ans, primaire compl., 5 grossesses) estime qu'au Burundi, il manque un cadre permettant aux patients de dénoncer les abus du personnel soignant, contrairement à la Tanzanie où un agent de santé dont la culpabilité est avérée risque une sanction sévère.

Il est probable que cette peur des conséquences (sur les femmes ou sur la collectivité) a influencé le discours des femmes lors de l'enquête. En effet, la prudence s'imposait vis-à-vis de l'étranger en l'occurrence l'enquêtrice. On ne sait ni qui elle est réellement, ni ce qu'elle va faire des informations collectées. Cette gêne se perçoit au travers des contradictions et des hésitations.

Aline (Bukeye, 35 ans, primaire complet, 5 grossesse) raconte son premier accouchement. A la question de savoir si elle a senti son intimité respectée, elle répond qu'elle a apprécié le travail de la personne qui l'a assistée. Après avoir insisté pour qu'elle exprime davantage son sentiment, après beaucoup d'hésitations, Aline ajoute :

« Si je ne lui avais pas donné de l'argent, elle m'aurait laissée et l'enfant serait mort. Elle était très méchante ».

Puis : *« je le dis, je m'en fous, si tu veux, tu peux le dire à la radio ».*

D'autres études ont mis en évidence des abus du personnel soignant envers les patients en Afrique. Il s'agit, entre autres, des cas de mépris (Jewkes *et al.*, 1998 ; Moussa, 2003 ; Souley, 2003), de réprimande en public (Jewkes *et al.*, 1998), de négligence, de violence physique tel que frapper une parturiente pendant l'accouchement (Jewkes *et al.*, 1998) ou comprimer énergiquement le ventre (Olivier de Sardan, 2001). Il a été également remarqué que ce sont les agents des services de maternité qui sont, selon les utilisatrices de ces services, les plus sévères et les plus hautains (Moussa, 2003 et Souley, 2003).

Certains titres des travaux sur la problématique des relations soignants/soignés sont révélateurs de tensions existant entre le deux types de partenaires, en Afrique. Voici des exemples : « *Why do nurses abuse patients ?* » (Jewkes *et al.*, 1998), « *Une médecine inhospitalière* » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), « *le devoir de soigner et le droit d'exercer la violence* » (Moussa, 2003). Olivier de Sardan (2001), lui, compare la sage-femme au douanier. Bien que ces deux métiers soient éloignés l'un de l'autre, dit l'auteur, ces deux métiers ont « *une réputation exécrationnelle* » en Afrique. « (...), avec leurs « *usagers* » respectifs (...), le douanier comme la sage-femme s'enrichissent à leurs dépens, ils les traitent avec morgue, ils peuvent tout se permettre car l'impunité leur est garantie, ils s'en prennent aux démunis et s'arrangent avec les riches et les puissants et malheur à qui ne connaît ni douanier (...) ni sage-femme (...), car seule la connaissance personnelle peut permettre de se tirer d'affaire avec eux » (Olivier de Sardan, 2001).

Au Burundi, l'analyse des témoignages plus souvent négatifs que positifs des femmes enquêtées par rapport à l'attitude des soignants met en évidence deux points :

- Le personnel du service de maternité est plus « violent » que les autres.
- Le personnel soignant féminin est plus « virulent » que leurs collègues masculins.

Ces constats suscitent des interrogations : pourquoi les soignants abusent-ils des patients ? Pourquoi y-a-il plus de violence dans les services de maternité qu'ailleurs ? Pourquoi les femmes sont-elles plus virulentes que leurs collègues (les hommes) alors qu'elles sont censées connaître la douleur de l'accouchement⁹⁶ ?

Selon Cosnier (1993) la relation asymétrique entre les soignants et les patients est renforcée par le statut du corps : *«les patients sont obligés d'accepter d'exposer leur corps et leur espace intime à tout ce que d'ordinaire serait considéré comme transgression grave des distances interindividuelles ; ils sont aussi dans une situation de diminution de leurs moyens de maîtrise et de régulation, situation de soumission et de dépendance vis-à-vis d'autrui, souvent vêtus ou dévêtus dans des parures habituellement réservées aux intimes»*. En d'autres termes, n'étant pas capable de résoudre ses propres problèmes de santé, le patient est obligé d'ouvrir son « territoire », son « espace intime » au soignant. C'est un acte de soumission, de dépendance.

D'autres attitudes corporelles expriment la situation de dépendance du (de la) demandeur(se) de soins vis-à-vis du pourvoyeur de ces soins : la position couché du patient (le dominé) et la position debout du soignant (le puissant, le dominant). Le soignant a le pouvoir d'agir et de faire agir (Grosjean, 1993).

Encadré 7.1 : Point de vue du personnel soignant selon la littérature

Cette enquête ne permet malheureusement pas de connaître le point de vue du personnel soignant. Mais d'après d'autres études (Jewkes *et al.*, 1998, Moussa, 2003, et Souley, 2003), les professionnels de santé justifient leur attitude par des conditions de travail et de traitement insatisfaisantes (personnel insuffisant, maigres salaires) et le souci d'organisation du travail. Selon Jewkes *et al.* (*op. cit.*), les membres du personnel dénoncent le manque de coopération des patientes. Ils utilisent, parfois, des stratégies coercitives pour obliger les patientes à la compliance (par exemple frapper une femme en travail d'accouchement qui refuse de s'exécuter). Toutefois, cette stratégie coercitive semble être tolérée au Burundi dans la mesure où plusieurs femmes enquêtées ont déclaré qu'il est normal de frapper une femme qui a peur de l'accouchement sinon, elle risque d'étouffer son enfant.

Les femmes enquêtées ont déclaré que, pendant l'accouchement, souvent, le personnel soignant refuse de céder « aux caprices » des parturientes (refus de répondre aux appels) sous prétexte que le temps du travail estimé ne s'est pas encore écoulé. Or, (1) la durée du travail n'est jamais la même et une complication peut survenir à tout moment et (2) les appels incessants et/ou insistants de la parturiente n'expriment pas nécessairement « des caprices » mais probablement la

⁹⁶ Plusieurs enquêtées se posent cette question.

peur de la mort et l'angoisse qui l'accompagne (les parturientes sont conscientes des risques liés à l'accouchement). Et c'est peut-être la confrontation de ces peurs qui explique les tensions entre les parturientes et le personnel soignant.

Selon Olivier de Sardan (2003), en Afrique, il existe un décalage entre la formation du personnel de santé (formation très académique voire scolaire) et les conditions d'exercice du métier. Ces dernières n'ont aucun lien avec ce qui a été appris. En fait, les soignants ne sont pas préparés à des situations de prise en charge réelle des patients. Selon cet auteur, les conditions de travail (manque d'outils de diagnostic et clinique, situation réelle de malade) frustrant les soignants et beaucoup d'entre eux baissent les bras ou se protègent en développant des barrières psychologiques ou comportementales entre eux et les patients. La violence (peu importe la forme) est un mécanisme de protection du soignant contre son impuissance mais aussi contre la souffrance voire la mort des patients. Il s'agit de la « *construction médicale de l'indifférence, nécessaire à la survie des soignants dans un environnement particulièrement difficile auquel ils n'ont pas été préparés* » (Olivier de Sardan, *op. cit.*).

En plus des motifs ci-dessus évoqué (reproduction de la hiérarchie, le sentiment de puissance), cette analyse d'Olivier de Sardan permet de comprendre (en partie) le comportement du personnel des services de maternité et en particulier du personnel féminin : la projection comme mécanisme de défense des soignantes. En d'autres mots, les actes de violence de l'accoucheuse sur la parturiente peuvent être révélateurs des ses propres sentiments d'angoisses et d'impuissances face à l'accouchement (la représentation de sa propre expérience passée ou future). L'accoucheuse cherche alors à se valoriser et à masquer sa peur d'où les expressions du type « *tu n'es pas la première à accoucher, d'autres l'ont fait* » (selon les témoignages des enquêtées).

En guise de conclusion, au Burundi comme ailleurs en Afrique, le comportement du personnel de santé est loin de répondre aux attentes des utilisateurs des formations sanitaires. Les dysfonctionnements les plus notoires sont observés dans les services de maternité. On y pratique des actes de violence (mépris, insultes, violences physiques) envers les parturientes et leurs accompagnants et des actes illicites (vente de médicaments, racket, corruption, etc.).

Le manque, en Afrique, de contre-pouvoir réel et fort permet tous les dérapages (Dujardin, 2003). A cause de l'absence de sanction à l'encontre des soignants coupables, les plaintes formelles des patients sont rares. Les patients craignent des conséquences sur eux ou leurs familles. Les syndicats des personnels de santé, de leur côté, sont « *des fiefs corporatistes centrés sur la seule défense des avantages ou des privilèges catégoriels, prêts à y sacrifier sans hésiter la vie des malades comme en témoignent les nombreuses grèves sans services minimum qui ont lieu partout en Afrique* » (Olivier de Sardan, 2003).

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette thèse est de combler partiellement le déficit de connaissances en matière d'utilisation des soins obstétricaux au Burundi. Cette étude est partie du constat selon lequel les femmes Burundaises recourent généralement aux soins prénataux, au moins une fois au cours de la gestation, mais qu'elles utilisent peu les services de soins pendant l'accouchement et ce malgré la gratuité des soins prise en 2006 et après l'accouchement. L'analyse a consisté à identifier, dans un premier temps, les facteurs associés à la non-utilisation des services obstétricaux et dans un deuxième temps, à comprendre les perceptions qu'ont les femmes des soins de santé maternelle.

En vue de répondre à ces préoccupations, cinq hypothèses principales ont été formulées. Nous posons que le niveau de vie du ménage et le niveau d'instruction de la femme sont les facteurs les plus déterminants du recours aux soins de santé dans tous les milieux de résidence. Cependant, le rôle du niveau d'instruction de la femme est plus important en milieu rural et dans les camps de déplacés, tandis qu'en milieu urbain, c'est le niveau de vie qui exerce davantage d'impact (H1). Chez les déplacées de guerre, le comportement de santé varie en fonction de la date d'arrivée dans le camp (H2). Nous posons également l'hypothèse que les femmes ou les familles ne sont pas suffisamment sensibilisées aux avantages des soins obstétricaux modernes (H3). Aussi, la gratuité de l'accouchement a détérioré la qualité de l'accueil, ce qui décourage les femmes déjà « réticentes » à l'accouchement dans des structures de soins de santé (H4). Enfin, nous posons l'hypothèse que l'attitude et l'attention des professionnels de santé à l'égard des mères, pour la plupart rurales, pauvres, illettrées, etc., ne sont pas encourageantes (H5).

L'étude a adopté une méthodologie mixte en utilisant à la fois des données quantitatives recueillies en 2002 (ESD-SR) et en 2010 (EDS) et des entretiens semi-directifs réalisés en 2011. L'échantillon quantitatif était constitué de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu leur dernière grossesse au cours de la période allant de 1997 à 2001 pour l'ESD-SR et celles dont la dernière naissance est survenue après mai 2006 pour l'EDS. La statistique du χ^2 et les régressions logistiques ont permis de dégager les inégalités sociales sous-jacentes à la fois au niveau national et à l'intérieur de chaque milieu de résidence. Les variables dépendantes étaient la durée de gestation à la première CPN, l'accouchement à domicile et le non-recours aux soins postnataux dans les 42 jours suivant l'accouchement.

Dans le but de maintenir un lien entre les trois périodes d'observation (2002, 2010 et 2011) et de détecter un éventuel effet de la mesure de gratuité de l'accouchement, l'échantillon qualitatif était constitué de femmes ayant eu au moins deux naissances vivantes, dont l'une ayant eu lieu durant la période 2000-2002 et l'autre après mai 2006. Ainsi, 53 entretiens ont été réalisés à la fois à Bujumbura, à Bukeye et auprès des (anciennes) déplacées de guerre rencontrées à Bujumbura et à Bukeye. Ces entretiens ont été analysés à l'aide de l'analyse de contenu.

Aux termes des analyses quantitatives et qualitatives, il importe de dégager une synthèse des principaux résultats en mettant en évidence les spécificités de chaque milieu de résidence. Dans les paragraphes qui suivent, nous nous focalisons successivement sur la présentation des principaux résultats, les apports et limites de la thèse ainsi que les perspectives de recherches futures.

Principaux résultats de la thèse

Avant de présenter les résultats des analyses multivariées, il est important de discuter des tendances de l'utilisation des services de soins de santé maternelle selon les données quantitatives de 2002 et 2010.

Tendances de la fréquentation des services de soins de santé maternelle au Burundi

En matière de recours aux soins obstétricaux, l'analyse montre une augmentation de l'utilisation de ces services de 2002 à 2010. Cependant, cette augmentation n'est pas la même dans tous les milieux de résidence. Le niveau de recours à au moins une CPN varie de 90% à 99% et le recours précoce (au moins une CPN au 1^{er} trimestre de gestation) a doublé pendant la même période. C'est en milieu rural que les changements les plus importants sont observés. Le non-recours à la CPN est passé de 8,7% à 1% et la CPN précoce est passée de 6,9% à 18,8%. Par contre, le recours tardif se situe toujours autour de 80%.

L'accouchement à domicile a diminué considérablement entre les deux périodes. Il a diminué de 32,5% au niveau national (70% à 37,5%), de 36% en milieu rural (75,5% à 39,9%) et de 6,3% en milieu urbain (de 18,4 à 12,1%). Quant au recours aux soins postnataux, les niveaux ont augmenté quoi qu'ils soient encore insatisfaisants : augmentation de 10% au niveau national et en milieu rural (de 20% en 2002 à 30% en 2010) et d'un peu plus de 14% en milieu urbain (de près de 32% en 2002 à 46% en 2010).

Impact du niveau d'instruction de la femme et du niveau de vie du ménage selon les milieux de résidence

Selon la première hypothèse de cette étude, le rôle du niveau d'instruction de la femme est important en dehors du milieu urbain tandis que c'est le niveau de vie qui importe en milieu urbain. Les résultats des analyses multivariées montrent qu'au niveau national, ces deux variables sont des déterminants importants du faible recours aux soins obstétricaux. Par contre, si les analyses sont faites à l'échelle du milieu de résidence, l'effet de chacune de ces deux variables dépend du phénomène étudié et de la période d'observation.

Du point de vue de la précocité de la CPN, l'importance du niveau d'instruction de la femme n'est pas vérifiée en milieu rural quelle que soit la période d'observation. Par contre, les écarts de comportement entre les niveaux d'instruction de la femme sont significatifs dans les camps de déplacés en 2002 et en milieu urbain aux deux périodes. Concernant le niveau de vie du ménage, son impact sur la précocité de la CPN n'est vérifié qu'en 2002, et ce, en milieu rural et en milieu urbain. On constate, cependant, que seules les femmes de faible niveau de vie affichent un comportement plus enclin à la CPN tardive comparées aux femmes de niveau de vie élevé.

En analysant les facteurs associés au lieu d'accouchement, on constate que le niveau d'instruction de la femme est un déterminant très important dans tous les milieux de résidence. Quelle que soit la période d'observation, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes peu ou pas instruites. Quant au niveau de vie du ménage, son effet n'est pas significatif dans les camps de déplacés de guerre. Dans les milieu rural et urbain, seul l'écart de comportement entre les femmes de faible niveau de vie et celles de niveau de vie élevé est significatif. L'accouchement à domicile est plus fréquent dans le premier groupe.

Enfin, les analyses multivariées montrent qu'en 2002, l'impact du niveau d'instruction de la femme sur le non-recours aux soins postnataux est significatif en milieu rural uniquement. Seules les femmes ayant suivi une formation informelle se montrent moins enclines aux soins postnataux. En revanche, les écarts de comportement entre les niveaux de vie du ménage sont significatifs en milieu urbain et dans les camps de déplacés. En revanche en 2010, le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage exercent un effet significatif en milieu rural et en milieu urbain. De plus, l'effet du niveau de vie du ménage se révèle plus important en milieu rural (les écarts entre les différents niveaux de vie sont très significatifs), tandis qu'en milieu urbain, ce sont les écarts entre les différents niveaux d'instruction qui sont les plus importants.

En définitive, l'effet du niveau d'instruction de la femme est plus important en milieu urbain. Aux deux périodes, l'utilisation des soins obstétricaux augmente avec le niveau d'instruction de la femme (cependant, la relation entre le niveau d'instruction et le non-recours aux soins postnataux n'est pas significatif en 2002). En milieu rural par contre, l'impact du niveau d'instruction sur chaque phénomène étudié n'est pas toujours significatif. Toutefois, la comparaison entre les relations observées entre 2002 et 2010 doit être nuancée dans la mesure où le niveau d'instruction n'a pas été codé de la même manière en milieu rural (cf. chapitre 3).

Impact de la date d'arrivée dans le camp de déplacés

Les analyses quantitatives relatives au comportement de santé des déplacées de guerre ont été réalisées à l'aide des données de l'ESD-SR de 2002 uniquement. Comme attendu (H2), le comportement de santé des déplacées de guerre est différent selon qu'elles appartiennent aux premières vagues de migration forcée (entre 1993 et 1995) ou qu'elles soient arrivées dans le

camp entre 1996-2001. Néanmoins, les comportements de ces déplacées de guerre varient en fonction du type de soins de santé maternelle. Comparées aux déplacées de la période 1993-1995, les déplacées de guerre de la période récente (1996-2001) sont les plus nombreuses à consulter pendant la grossesse (CPN) et après l'accouchement (soins postnataux). En revanche, elles accouchent le plus à domicile. Cette situation pourrait être expliquée par l'évolution des migrations forcées pendant les années de guerre (*cf.* chapitre 1). Alors que les régions du nord et du centre du pays ont retrouvé une stabilité relative, les régions du sud, de l'est et de l'ouest deviennent, à partir de 1996, le théâtre d'affrontements entre les différents mouvements rebelles et l'armée régulière. C'est également à partir de 1996 que le gouvernement met en place la mesure de regroupement de la population dans des sites de protection (sites de regroupés). Cette mesure de regroupement a été condamnée par plusieurs organisations et les Nations-Unies ont limité l'assistance humanitaire en vue d'exiger du gouvernement burundais la suppression des camps de regroupés. La recrudescence de l'insécurité (qui limite les déplacements en dehors des camps) et les conditions de vie précaires (insuffisance de l'assistance humanitaire) pourraient expliquer la fréquence des accouchements à domicile observée chez les déplacées de 1996-2001. Ces accouchements à domicile sont alors plus souvent suivis d'une consultation postnatale alors que les déplacées de la période 1993-1995 n'accordent pas d'intérêt à la visite médicale quand l'accouchement a eu lieu en formation sanitaire. On peut également supposer que, même dans un contexte de guerre, il est plus ou moins facile de prévoir les visites pré- ou postnatales selon sa disponibilité et les horaires de la formation sanitaire et les conditions sécuritaires, ce qui n'est pas le cas pour l'accouchement. Les déplacements sont limités à certaines heures (pendant la nuit par exemple) ou encore les centres de santé ne sont fonctionnels que pendant quelques heures. En guise de rappel, pendant les années de guerre, le centre de santé de Nyamirambo à Bukeye n'était fonctionnel que le matin.

Les résultats des analyses multivariées ont également mis en évidence d'autres facteurs expliquant la faible utilisation des soins obstétricaux au Burundi. Dans cette conclusion, il semble intéressant de mettre en lumière, pour chaque type de soins de santé maternelle, les groupes de femme qui n'ont pas changé de comportement entre 2002 et 2010. Il semble également intéressant d'identifier des groupes qui deviennent « à risque », c'est-à-dire, ceux qui ont adopté des comportements de santé inadéquats (c'est-à-dire les relations significatives en 2010 alors qu'elles ne l'étaient pas en 2002). Cela pourrait contribuer à l'amélioration ou à la mise en place des programmes tournés vers ces groupes « à risque ».

Qui sont les femmes qui consultent tardivement au cours de la grossesse ?

Au niveau national, ce sont les multigestes et les femmes qui ne vivent pas en union qui utilisent tardivement les services de la CPN aux deux périodes d'observation (entre 2002 et 2010). En 2010, le recours tardif à la CPN est plus fréquent chez les femmes âgées de 25 ans et plus. En d'autres termes, l'effet de génération apparaît en 2010, les femmes plus jeunes (moins de 25 ans) deviennent plus favorables à la CPN précoce.

En milieu rural, les situations sont différentes entre les deux périodes. En 2002, le recours tardif à la CPN est plus fréquent chez les multigestes et les femmes appartenant aux ménages de faible niveau de vie, tandis qu'en 2010, ce sont les femmes âgées de 25 ans et plus qui se montrent plus enclines à la CPN tardive (effet de génération).

En milieu urbain, ce sont les femmes de niveau d'étude inférieur au secondaire qui sont les plus enclines à la CPN tardive. Ce comportement est observé en 2002 et en 2010. En 2010, le recours tardif à la CPN est également plus fréquent chez les femmes les plus jeunes (moins de 20 ans). Il y a lieu de supposer que les grossesses hors mariage soient plus fréquentes chez les adolescentes du milieu urbain, ce qui conduit ces femmes à dissimuler leur grossesse.

Dans les camps de déplacés, seules les femmes de niveau d'études inférieur au primaire se montrent plus enclines au recours tardif à la CPN plutôt que précoce en 2002.

Qui sont les femmes qui accouchent à domicile ?

Selon les résultats des analyses multivariées, les relations observées au niveau national et en milieu rural sont similaires. En 2002 et en 2010, l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les multigestes/multipares, les femmes ne vivant pas en union, les femmes sans instruction et celles appartenant aux ménages de faible niveau de vie. En 2010, l'accouchement à domicile est également fréquent dans tous les groupes d'âges, alors que l'effet de l'âge n'était pas significatif en 2002.

En milieu urbain, seul le niveau d'instruction de la femme est un déterminant stable du lieu d'accouchement entre les deux dates. L'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes de niveau d'étude inférieur au secondaire. L'effet du niveau de vie du ménage reste significatif, mais le sens de la relation change. En 2010, l'écart de comportement entre les femmes de faible niveau de vie et celles de niveau de vie élevé disparaît, tandis que l'accouchement à domicile est plus fréquent chez les femmes de niveau de vie moyen.

Dans les camps de déplacés de guerre, ce sont les multigestes, les femmes peu ou pas instruites et les déplacées de la période 1996-2001 qui accouchaient le plus à domicile en 2002.

Il sied de souligner l'importance de la gestité/parité sur le lieu d'accouchement quels que soient le milieu de résidence et la date d'observation (en milieu urbain, l'effet de la parité est significatif au seuil de 10% en 2010). Les contraintes familiales (garde des enfants par exemple) et la confiance en son expérience de maternité (quand les accouchements à domicile précédents ont eu lieu sans complication) expliquent l'accouchement à domicile pour certaines multipares.

Enfin, qui sont ces femmes qui ne consultent pas dans le postpartum ?

En 2002, très peu de facteurs expliquent le non-recours aux soins postnataux (le niveau d'instruction en milieu rural, le niveau de vie du ménage dans les camps de déplacés et en milieu urbain). En fait, les visites postnatales sont encore rares à cette date (20% de l'échantillon) pour être différenciées. La situation est différente en 2010. En milieu rural, ce sont les multipares, les femmes sans instruction, les musulmanes et les femmes de niveau de vie bas et moyen qui sont les moins nombreuses à consulter pendant la période postnatale. En milieu urbain, ce comportement est plus fréquent chez les femmes de niveau d'étude inférieur au secondaire, chez les chrétiennes et chez les femmes de niveau de vie moyen.

Dans les camps de déplacés, ce sont les femmes en union, les femmes de niveau de vie bas et moyen et les déplacées de la période 1993-1995 qui recourent le moins aux soins postnataux en 2002.

Motifs du faible recours aux soins obstétricaux

L'hypothèse 3 posait que le faible recours aux soins obstétricaux s'explique par la méconnaissance des avantages de ceux-ci (sensibilisation insuffisante). Pourtant, toutes les femmes interviewées semblent être unanimes sur le fait que chaque grossesse comporte des risques et qu'il y a plus de risques à accoucher à domicile qu'en formation sanitaire. La capacité de prendre en charge les complications est la principale différence énoncée entre un accouchement à domicile et un accouchement en formation sanitaire. Malgré ces connaissances, des comportements de santé « à risque » sont encore observés. Ce décalage entre les connaissances et les pratiques obstétricales prouvent que la majorité des femmes (et familles) n'ont pas encore intériorisé la rationalité préventive des soins obstétricaux. Les femmes déclarent qu'elles ne voient pas l'intérêt de consulter un professionnel de la santé en absence de problème de santé. Ce faible intérêt accordé à la médecine préventive moderne, ou plutôt cette faible compréhension des messages de prévention des risques liés à la maternité, s'explique par la faiblesse de leur niveau d'instruction (les données quantitatives et qualitatives le confirment). Il s'explique également par l'insuffisance des campagnes de sensibilisation (les séances d'information et d'éducation à la santé ne sont pas organisées dans tous les services de CPN). Les données qualitatives ont montré que la relation entre le personnel de santé et les gestantes/parturientes est souvent difficile. Le dialogue entre le personnel de santé et les femmes peu ou pas instruites est quasi-absent. A ces relations tendues s'ajoutent l'insuffisance du personnel de santé, ce qui réduit d'autant la durée de la consultation. Nous pensons que l'implication de la communauté locale peut être une alternative intéressante à la promotion de la santé (santé maternelle dans le cas présent). La responsabilisation des agents de santé communautaire (ou relais communautaires y compris les accoucheuses traditionnelles) est une initiative qui a fait ses preuves dans certains pays. Outre la sensibilisation et la mobilisation sociale pour la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle, les agents de santé communautaire aideraient les femmes à reconnaître les signes de danger et les

orienteraient vers les services de soins de santé adaptés. Cependant, leur efficacité dépendrait de la qualité de la formation (adaptée et continue), d'une supervision permanente et de la bonne collaboration avec le personnel soignant. Il dépendrait également des mécanismes de motivation mis en place en guise de reconnaissance de leur travail (rémunération, indemnité de déplacement ou autre incitant).

D'autres raisons expliquent les comportements « à risque ». Du point de vue de la CPN, toutes les enquêtées vont au moins une fois en CPN ; mais seules les femmes instruites consultent précocement (1^{ère} CPN au 1^{er} trimestre de gestation). Chez les femmes qui consultent tardivement, on distingue deux catégories. La première est constituée de femmes qui consultent dans le deuxième trimestre de gestation (dans tous les milieux de résidence). Des contraintes culturelles (dissimuler la grossesse), les multiples rôles de la femme (sa santé est au second plan) et la volonté de réduire le nombre de CPN sont les raisons de la CPN tardive pour ces femmes. La deuxième catégorie est constituée par des grandes multigestes qui consultent généralement une fois au troisième trimestre pour vérifier la position de l'enfant (pour prédire des complications à l'accouchement) et « *pour récupérer la fiche de CPN* » (fiche de santé de la femme). Cette dernière est obligatoire pour bénéficier de la gratuité de l'accouchement. Notons que toutes les enquêtées affirment qu'en cas de problème de santé, elles consulteraient plus tôt qu'elles ne le font habituellement. Malgré ces raisons évoquées par les femmes enquêtées, la lecture de la fiche de CPN (figure 1.11, annexe1) nous laisse croire que le manque d'intérêt pour la CPN précoce affiché par ces femmes soit renforcé par le laxisme de la politique nationale en matière de santé maternelle. Non seulement la première CPN (sur les quatre recommandées) est facultative, mais aussi elle est prévue entre la 18^{ème} semaine et la 32^{ème} semaine d'aménorrhée alors que l'OMS recommande qu'elle soit réalisée au premier trimestre de gestation.

Les accouchements à domicile ont fortement diminué entre 2002 et 2010. Cette diminution pourrait être expliquée par la gratuité de l'accouchement. Cependant, les résultats des entretiens semi-structurés n'ont pas permis de vérifier l'impact de la gratuité de l'accouchement sur l'accouchement en formation sanitaire ou non (H4 n'est pas donc vérifiée). Cela ne signifie pas que l'effet de la gratuité de l'accouchement soit nul. Ce résultat s'explique par la faiblesse de l'échantillon d'étude (53 femmes seulement). Par contre, l'analyse des données qualitatives a montré que certaines femmes urbaines préfèrent accoucher dans les centres de santé privés car, estiment-elles, la gratuité a augmenté la frustration du personnel soignant du secteur public et la qualité de l'accueil s'est détériorée. Cet avis est partagé par toutes les femmes rencontrées à Bujumbura. L'enquête qualitative a, surtout, permis de mettre en lumière l'impact de l'arrêt des combats (facteur souvent négligé au profit de la mesure de gratuité) sur la diminution des accouchements à domicile.

Néanmoins, les accouchements à domicile sont encore fréquents en milieu rural (39,9% *vs* 12,1% en milieu urbain selon l'EDS de 2010). Les raisons de ces accouchements à domicile sont entre autres l'incapacité à payer les dépenses additionnelles liées à l'accouchement (l'accouchement

n'est pas totalement gratuit), la préférence des services des accoucheuses traditionnelles, la difficile interaction entre soignants et soignées et la faible autonomie décisionnelle et financière de la femme.

En matière de recours aux soins obstétricaux, l'enquête qualitative montre que, quelles que soient leurs caractéristiques, les femmes ignorent l'intérêt de la consultation postnatale en l'absence de problème de santé (l'H3 est confirmée dans le cas précis). Cela est le résultat de la faible intégration des soins du postpartum dans les services de santé maternelle au profit de la CPN et de l'accouchement assisté par le personnel qualifié. Rappelons également que ce n'est qu'à partir de 2000 que les questions relatives à la visite médicale après l'accouchement ont été intégrées dans les EDS (*cf.* introduction générale), ce qui est un indice que l'intérêt pour cette forme de prévention est récent.

La dernière hypothèse (H5) stipulait que l'attitude négative du personnel soignant est un obstacle à l'utilisation des services de soins de santé maternelle. L'analyse des entretiens semi-directifs a révélé plus de témoignages négatifs que positifs. En ville comme en milieu rural, la majorité des femmes déplorent la mauvaise qualité de l'accueil (longues files d'attentes, non-respect des règles minimales de politesse, absence de dialogue entre soignant et soignée, le mépris des plus démunies et des moins instruites). Certaines femmes pauvres (en ville mais surtout en milieu rural) préfèrent accoucher à domicile pour éviter de se retrouver dans cette situation humiliante. A Bujumbura, le choix de la formation sanitaire est parfois guidé par la réputation de celle-ci. Les témoignages des femmes mettent en évidence l'exercice de la violence (négligences, violence verbale et physique, etc.) dans les services de maternité. Les utilisateurs des services des soins de santé en général, et des services de maternité en particulier n'osent pas dénoncer ces abus, faute de cadre capable de les protéger. Les prestataires de soins agissent ainsi en toute impunité.

Quelques apports et limites de ce travail

Quatre aspects constituent les points forts de cette étude :

1. Le contexte de l'étude : du fait de la rareté d'études approfondies sur les facteurs associés au comportement de santé des femmes et sur les raisons de la sous-utilisation des soins obstétricaux au Burundi, cette étude contribue modestement à combler cette lacune. L'amélioration des connaissances dans le domaine de l'utilisation des services de santé modernes pendant la grossesse, l'accouchement et dans le postpartum pourrait aider à l'amélioration des politiques de santé maternelle. La mesure de subvention des accouchements est fondée sur le postulat selon lequel la pauvreté serait le principal obstacle à l'accouchement en formation sanitaire. La présente étude a permis de montrer que non seulement ces soins restent difficilement accessibles pour les plus démunies (car les soins ne sont jamais gratuits à cause des dépenses connexes), mais aussi d'autres facteurs expliquent la sous-utilisation des services de santé maternelle, comme la parité, l'état

matrimonial, le niveau d’instruction et le niveau de vie du ménage. De plus, cette étude a montré qu’il est important de tenir compte des spécificités de chaque milieu de résidence.

2. L’utilisation des approches mixtes : si les données quantitatives utilisées ont permis d’identifier les facteurs associés à la faible utilisation des soins obstétricaux, les données qualitatives ont permis de saisir, en tant soi peu, le sens que les femmes donnent à leur comportement de santé. L’obtention de certaines informations demande un temps de mise en confiance, la possibilité de répondre aux questions dans ses propres termes, ce qui n’est pas toujours possible avec les questions fermées.
3. L’étude du comportement des déplacées de guerre : les analyses ont été faites à la fois à l’échelle nationale et à l’intérieur de chaque milieu de résidence ; ce qui permet de dégager les inégalités sociales sous-jacentes au sein de chaque milieu. Les données de l’ESD-SR de 2002 et de l’enquête qualitative de 2011 ont permis de rompre avec la dichotomisation habituelle milieu rural/milieu urbain en mettant l’accent sur les déplacées de guerre comme population vivant dans des conditions particulières. Cette étude peut servir de base aux études ultérieures ciblées sur les populations sinistrées. Elle a, par exemple, mis en lumière l’écart de comportement de santé selon la période de migration forcée. Cet écart est expliqué par l’évolution différente du conflit armé entre les régions et par l’inégalité d’accès à l’assistance humanitaire.
4. Les résultats préliminaires sur la gratuité de l’accouchement peuvent enrichir le débat sur l’efficacité de cette politique. Comme l’ont montré des études réalisées dans certains pays d’Afrique de l’Ouest et au Maroc (Haddad *et al.*, 2011 ; Ridde et Queuille, 2010 ; Olivier de Sardan, 2010 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2012 ; FEMHealth, 2014), cette étude montre que la mesure de gratuité a augmenté, de manière significative, les accouchements en formation sanitaire. Mais, cette mesure suscite également des questions sur son efficacité. En premier lieu, la gratuité profite toujours aux riches, car l’accouchement n’est jamais gratuit (des frais liés au transport, à la nourriture et à l’achat de la layette du bébé, des paiements indus, etc.). En d’autres termes les barrières financières persistent pour les plus démunis. Ensuite, cette étude montre que plusieurs femmes constatent une détérioration de la qualité des soins avec la gratuité de l’accouchement. Bref, l’efficacité de la gratuité de l’accouchement dépend des mesures d’accompagnement en termes d’équipement, de disponibilité en médicaments et de ressources humaines

Le travail comporte également des limites. La première limite est liée aux sources de données utilisées. Les données quantitatives proviennent de deux enquêtes ayant des objectifs différents. Etant donné que les variables les plus pertinentes ont été codées différemment (le niveau d’instruction par exemple), la comparabilité des résultats issus de ces enquêtes est donc relative. En plus, l’utilisation de l’approche transversale a limité l’étude du changement de comportement de la femme dans le temps (analyser l’impact de la gratuité de l’accouchement par exemple).

Certes les données qualitatives ont permis de combler en partie cette lacune, puisque la grille d'entretien comportait des questions rétrospectives, mais elles ne sont pas représentatives. De plus, les intervalles entre les naissances étudiées étant importants, le risque d'omission des détails relatifs au vécu de la grossesse et de l'accouchement est élevé.

Quoique les entretiens semi-directifs nous aient fourni des informations enrichissantes, il a également été constaté que le suivi du parcours thérapeutique de la femme, de la conception au post-partum, permettrait d'obtenir des informations plus détaillées.

Perspectives de recherches futures

Cette étude ouvre des perspectives de recherche, soit pour confirmer ou approfondir certains résultats, soit pour aborder certaines orientations que nous n'avons pas empruntées.

1. Cette étude s'est intéressée aux comportements « à risque » en analysant séparément les facteurs de non-recours aux soins prénataux précoces, à l'accouchement à domicile et au non-recours aux soins postnataux. Il serait intéressant d'étudier le profil des femmes qui respectent les normes sanitaires et les facteurs de continuité des soins de santé maternelle. Les données quantitatives utilisées dans cette étude permettent de mener ce genre d'étude.
2. Une étude d'inégalités spatiales du recours aux soins obstétricaux serait également intéressante. Elle permettrait d'identifier les entités administratives ou sanitaires les plus défavorisées en matière de recours aux soins obstétricaux.
3. Une autre étude pourrait s'intéresser aux points de vue du personnel soignant : cette démarche permettrait d'avoir le regard des professionnels sur le comportement de santé des femmes, sur leurs conditions de travail et sur les dysfonctionnements du système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham C. and Sheeran P., 2005, "The health belief model", in Conner M. and Norman P. (Eds.), *Predicting Health Behaviour : Research and Practice with Social Cognition Models*, 2nd Edition, Maidenhead : Open University Press, pp. 28–80
- Adjamagbo A., Guillaume A. et Vimard P., 1999, « Santé maternelle et infantile en milieu Akan (Côte d'Ivoire) » in Adjamagbo A., Guillaume A. N'Guessan K., *Santé de la mère et de l'enfant : exemples, africains*, Paris, IRD
- Ajzen I., 1988, *Attitudes, personality and behaviour*, Milton Keynes, Open University Press
- Ajzen I., 2005, *Attitudes, personality and behaviour*, 2nd edition, Milton Keynes, Open University Press
- Akintore A., 2006, *Pression démographique et limites de l'intensification agricole dans la zone de Bukeye au Burundi*, Mémoire en ESPO/SPED, UCL
- Akoto E.M., Songue P.B., Lamle S., Kemajou J.P. et Gruénais M-E., 2001, « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville » in *Bulletin de l'APAD*, 21 : *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun* (Consulté le 22 août 2012 sur <http://apad.revues.org/101>)
- Allison P. D., 1999, *Logistic regression using the SAS system: Theory and application*, Cary, NC, SAS Institute
- Annis, S., 1981, "Physical access and utilization of health services in rural Guatemala", *Social science and medicine*, 15D, 4, pp. 515-523
- Asowa-Omorodion F.I., 1997, "Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo state, Nigeria", *Social Science and Medicine*, vol. 44 issue 12 June, pp. 1817-1824.
- Bachabi R., 2000, *Utilisation des soins de santé maternelle et infantile au Bénin : évaluation d'un système de routine par une enquête*, UCL, Institut de démographie, mémoire
- Baya B., 1999, "Etudes de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso. Cas du Bobo Doulasso", in Adjamagbo A., Guillaume A. N'Guessan K., *Santé de la mère et de l'enfant : exemples, africains*, Paris, IRD

- Beckett E. M., Davies E. M. et Petros-Barvazian A., 1984, *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*, OMS, Genève
- Beninguisse G., 2003, *Entre tradition et modernité : fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia
- Beninguisse G., Nikiéma B., Fournier P. et Haddad S., 2004, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », *Etude de la population africaine Supplément B* du vol. 19, pp. 243-266
- Berciu A., 1980, « Le recensement de la république du Burundi (16 - 30 août 1979) », *Recensements Africains. 1ère partie : Monographies méthodologiques*, GDA, Paris, pp. 17-96 (consulté le 08/07/2012 sur http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-09/20610.pdf)
- Bergsjø P., 2001, « Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle ? », in De Brouwere V. et Van Lerberghe W., *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*, Studies in HSO&P, 18, pp. 37-58
- Bergström S. et Goodburn E., 2001, « Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle », in De Brouwere V. et Van Lerberghe W., *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*, Studies in Health Services Organisation & Policy, 18
- Bisilliat J. (dir.), 1996, *Femmes du sud, chefs de ménage*, Paris, Karthala, 1996
- Blanchet A. et A. Gotman, 1992, *L'enquête et ses méthodes*, Paris, Nathan
- Blayo C., Bergouignan C., Etchelecou A., Cordazzo V., Lopart M., Okobo N., 2004, *Situation démographique et sociale du Burundi*, Bujumbura-Burundi
- Bongaarts J., 1993, « Les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité », *Politique de population. Etudes et documents*, vol. 5, n° 2, pp.61-92.
- Bongaarts J., Frank O. and Lesthaeghe R., 1984, "The Proximate Determinants of Fertility in Sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, Vol. 10, n°3, pp. 511-537 (consulté le 20/08/2012 sur <http://www.jstor.org/stable/1973518>)
- Borella F., 1961, « Les regroupements d'Etats dans l'Afrique indépendante », *Annuaire français de droit international*, vol.7, pp. 787-807 (consulté le 07/10/2012 sur http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/afdi_0066-3085_1961_num_7_1_1121)

- Bronfenbrenner U., 1994, « Ecological models of human development », *International encyclopedia of education*, vol.3, 2nd ed., Oxford: Elsevier. Reprinted in Gauvain, M. & Cole, M., *Reading on the development of children*, 2nd ed., pp. 37-43.
- Burundi- BCR, 2011, *Recensement général de la population et de l'habitat du Burundi 2008 : Synthèse des résultats définitifs*, Bujumbura
- Burundi, 2006, *Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté- CSLP* (consulté le 8/8/2012 sur http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Burundi/Burundi%20PRSP_fre.pdf)
- Burundi, 2009, *Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté : second rapport de mise en œuvre*, Bujumbura
- Burundi, 2012, *Annuaire de l'administration territoriale*, Bujumbura
- Burundi, 2012, *Enquête démographique et de santé au Burundi-2010 : Rapport final*, Bujumbura
- Burundi, 2013, *Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement 2012*, Bujumbura
- Burundi-CEFORMI/IMEA, 2008, *Enquête combinée de surveillance des comportements face au VIH/SIDA/IST et d'estimation de la séroprévalence du VIH/SIDA au Burundi. Rapport définitif*, Bujumbura
- Burundi-FNUAP, 2002, *Enquête socio-démographique et de santé de la reproduction : Manuel de l'enquêteur (sous-colline)*, Bujumbura
- Burundi-PNSR, 2005, *Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burundi*, Bujumbura
- Burundi-PNSR, 2006, *Bilan d'activité*, Bujumbura Burundi-PNSR, 2006, *Evaluation de l'ampleur des fistules obstétricales et traumatiques au Burundi, Rapport final*, Bujumbura.
- Burundi-PNSR, 2009, *Plan Stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014*, Bujumbura, 2009
- Caldwell J. C. and Caldwell P., 1991, "What have we learnt about the cultural, social and behavioural determinants of health? From Selected Readings to the first Health Transition Workshop", *Health Transition Review*, vol.1, n°1 (consulté le 15/01/2011 sur www.jstor.org)
- Caldwell J.C., 1979, « Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigeria data », *Population Studies*, vol. 33, n°3, pp. 395-413 (consulté le 22/02/2009 sur <http://www.jstor.org/stable/2173888>)
- Carroli G., Rooney C. and Villar J., 2001, "How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence", *Paediatric and perinatal epidemiology*, n°15 (suppl.1), pp.1-42

- Cazenave-Piarrot A., 2004, « Burundi : une agriculture à l'épreuve de la guerre civile », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, pp.226-227 (Consulté le 15/10/2012 sur <http://com.revues.org/index579.html>)
- Celik Y. et Hotchkiss D. R., 2000, « The socio-economic determinant of maternal health care utilization in Turkey », *Social science and medicine*, 50, pp. 1797-1806
- CEPED, 1992, *Données de base : Burundi*, Document du CEPED n°15
- Chakraborty N., Islam M. A., Chowdhury R. I. and Bari W., 2002, "Utilisation of postnatal care in Bangladesh: evidence from a longitudinal study", *Health and Social Care in the Community*, vol. 10, n° 6, 492–502
- Chakraborty N., Islam M. A., Chowdhury R. I., Bari W. and Akhter H.H., 2003, "Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh", *Health promotion international*, vol. 18, n° 4, pp. 327-337 (consulté le 03/06/2014 sur <http://heapro.oxfordjournals.org/>)
- Charmes J., 2005, « Femmes africaines, activités économiques et travail: de l'invisibilité à la reconnaissance », *Revue Tiers Monde*, T.46, n° 182, pp.255-279.f
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 (consulté le 12/01/2013 sur http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- Chrétien J.-P., 1993, *Burundi, l'histoire retrouvée*, Paris, Karthala
- Chrétien J.-P., 1997, *Le défi de l'ethnisme. Rwanda et Burundi: 1990-1996*, Paris, Karthala
- Conner M. and Norman P., 2005a, « Introduction » in Conner M. and Norman P. (dir.), *Predicting health behaviour*, 2nd edition, open University Press, New York
- Conner M. and Sparks P., 2005b, "Theory of planned behaviour and health behaviour" in Conner M. and Norman P. (dir.), *Predicting health behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, 2nd edition, open University Press, New York
- Cosnier J., 1993, "Les interactions en milieu soignant", in Cosnier J., Grosjean M. et Lacoste M., *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, pp. 17-32
- Creel L., 2002, « Répondre aux besoins de santé reproductive des personnes déplacées », *Rapport de politique générale*, Population Reference Bureau, Measure communication, pp.1-7
- Creswell J. W. and Plano C., 2006, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, 1st edition, London, Sage Publications, Inc.

- Creswell J. W., 2009, *Research design: Quantitative, qualitative and mixed methods approaches*, 3th edition, London, Sage publication
- De Brier G., 2009, « Gratuité des soins de santé : solution parfaite ? » (consulté le 10/07/2012 sur <http://blogcooperation.be/2009/08/14/gratuite-des-soins-de-sante-solution-parfaite/>)
- De Brouwere V. et Van Lerberghe W., 1998, *Les besoins obstétricaux non-couverts*, Paris, L'Harmattan
- De Brouwere V., Tonglet R. et Van Lerberghe W., 1997, *La «Maternité sans Risque» dans les pays en développement: les leçons de l'histoire*, Studies in Health Services Organisation & Policy, 6
- De Loenzien, M., 2006, « Processus de la recherche et traitement des données qualitatives » in De Loenzien M. et S.D. Yana (sous la dir.), *Les approches qualitatives dans les études de population : théories et pratiques*, Paris, éditions des archives contemporaines, pp., 108-129
- De Vreyer, P., 1993, « Une analyse économétrique de la demande de l'éducation en Côte-d'Ivoire, *Revue d'économie du développement*, vol. 3, pp. 51-79
- Desgrées Du Loû A., 2001, « Santé de la reproduction et effets du sida », in Lery A. et Vimard P. (coord.), *Population et développement : les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*. Paris/Marseille, Documents et manuels du CEPED, 12
- Desjardins, J., 2005, « L'analyse de régression logistique », *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, vol. 1, pp. 35-41
- Dever, G.E., 1984, « The epidemiology of health services utilization », *Epidemiology in health services management*, Aspen Publication, Maryland
- Diallo Y., 2003, « Pauvreté et maladie », in Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P. (dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp. 157-216
- Diop A. B., 1988, « Croyances et attitudes relatives à la grossesse et à la maternité et santé de la mère en Afrique » in Bouyer J. et al., *Réduire la maternité maternelle dans les pays en développement. Pour un programme d'action*, Paris, INSERM, pp. 55-62
- Dujardin B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala, Charles Léopold Mayer
- Dujardin B., Mine F. et De Brouwere V., 2014, *Améliorer la santé maternelle : un guide pour l'action systémique*, Paris, L'Harmattan
- Egunjobi, L., 1983, "Factors influencing choice of hospitals: a case study of the northern part of Oyo State, Nigeria", *Social science and medicine*, 17, 9, pp. 585-589

- Emina Be-Ofuriyua, J., 2005, *Situation résidentielle, scolarisation et mortalité des enfants selon la légitimité de leur naissance : une analyse du Cameroun, de la Centrie Afrique et de la République Démocratique du Congo*, thèse de doctotat en démographie, UCL, Louvain-la-Neuve
- Evans R. G. et Stoddart G. L., 1996, « Produire de la santé, consommer des soins » in Evans R. G., Barer M.L et Marmor T.R., *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Les presses de l'Université de Montréal
- Evans R. G., 1996, « Introduction » in Evans R. G., Barer M.L. et Marmor T.R., *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Les presses de l'Université de Montréal
- Fainzang S., 1997, « Stratégies paradoxales. Réflexions sur la question d'incohérences des conduites de malades », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n°3
- Fainzang S., 2004, "Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche", *Anthropolitica*, n° 5, pp. 20-38 (consulté le 18/04/2014 sur http://classiques.ugac.ca/contemporains/Fainzang_sylvie/entre_pratiques_symboliques/entre_pratiques_symboliques.pdf)
- Faltermaier T., 1992, « Théorie subjective de la santé : état de la recherche et importance pour la pratique » in Flick U., *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*, Paris, L'Harmattan, pp. 55-71
- FEMHealth, 2014, *Evaluation de l'impact de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au Maroc. Nouveaux outils, nouvelles connaissances* (consulté le 09/08/2014 sur http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/rapport_31-03-2014.pdf)
- Filippi, V. et W. Graham, 1990, *Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des soeurs*, Les dossiers du CEPED, n°13, Paris
- Fischer G-N., (dir.), 2002, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod
- Fosto J.C., Ezeh A. and Oronje R., 2008, « Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya : what do we know and what can we do ? », *Journal of Urban Health*, vol. 85, 3, pp. 428-442
- Fournier P. et Haddad S., 1995, « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement » in Hubert G. et Piché V. (dir.), *Sociologie des populations*, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, pp. 289-325
- Gage A. J. and Calixte M. G., 2006, "Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti", *Population Studies*, 60(3), pp. 271–288.
- Gage A. J., 1998, « Premarital Childbearing, Unwanted Fertility and Maternity Care in Kenya and

- Namibia », *Population Studies*, vol. 52, n° 1, pp. 21-34
- Gage A. J., 2007, "Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali", *Social Science and Medicine*, 65, pp. 1666–1682
- Gilson L. and McIntyre D., 2005, "Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action", *British Medical Journal*, vol.331, pp. 765-765
- Godin G., 2002, «Le changement des comportements de santé » in Fischer G. F. (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 375-388
- Gourbin C. et Wunsch G., 2002, « La santé, la maladie et la mort », Caselli G., Vallin J. et Wunsch G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse, III, Les déterminants de la mortalité*, Paris, INED, pp. 9-24
- Graham W. J., Bell J.S. et Bellough C. H.W, 2001, « L'assistance qualifiée à la naissance peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement ?, in De Brouwere V. et Van Lerberghe W., *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, pp. 105-140
- Grosjean M., 1993, « Plyphonie et positions de la sage-femme dans la conduite de l'accouchement », in Cosnier, Jacques, Michèle Grosjean et Michèle Lacoste, *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, pp. 121-160
- Guichaoua (sous la dir.), 1995, *Les crises politiques au Burundi et au Rwanda (1993-1994)*, Lille, USTL.
- Guichaoua A., 1991, « Les « travaux communautaires » en Afrique centrale, *Tiers-Monde*, tome 32, n°127, pp. 551-573
- Guichaoua A., 2004, « Chronologie thématique » in Guichaoua A. (dir.), 2004, *Exilés, réfugiés, déplacés en Afrique centrale et orientale*, Paris, Karthala
- Guichaoua, A., 1991, « Les travaux communautaires en Afrique centrale », *Tiers-monde*, vol. 32, n° 127, pp. 551-573
- Gwatkin D.R., Rutstein S., Johnson K., Suliman E., Wagstaff A. and Amouzou A, 2007, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population: RWANDA*, Country reports on HNP and poverty, World Bank
- Haddad S., Ridde V., Bekele Y. et Queuille L, 2011, "Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé ». note d'information (consulté le 13/02/2014 sur <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)

- Hakizimana A., 2002, *Naissances au Burundi. Entre tradition et planification*, Paris, L'Harmattan
- Hancart Petitet P. (dir.), 2011, *L'art des matrones revisité : Naissances contemporaines en question*, Paris, édition Faustroll, (consulté le 10/08/2012 sur <http://faustroll.net/matrones/index.htm>)
- Hancart-Petit, P., 2005, « Mortalité maternelle au Ladakh : De la santé publique à l'anthropologie » in Pordié, L (ed.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala, pp. 123-143.
- Harerimana S., 2005, « Analyse de la situation des fistules obstétricales au Burundi », présentation au Training in Reproductive Health Research Training, Genève (consulté le 10/05/2009 sur http://www.gfmer.ch/PGC_RH_2005/pdf/Fistules_Burundi.pdf)
- Hilfinger Messias D.k., Im E-O., Page A., Regev H., Spiers J., Yoder L. and Meleis A. I., 1997, "Defining and Redefining Work: Implications for Women's Health", *Gender and Society*, Vol. 11, No. 3, pp. 296-323
- Howell D.C., 2008, *Méthodes statistiques en sciences humaines*, 6^{ème} édition, Bruxelles, De Boeck
- Human Rights watch, 2000, « Burundi: vider les collines. Camps de regroupement au Burundi », vol.12, n°4 (consulté le 8/8/2012 sur <http://www.grandslacs.net/doc/2270.pdf>)
- Ikamari D. E., 2004, "Maternal health care utilisation in Teso District", *African Journal of Health Sciences*, Volume 11, n°1-2, pp. 21-32
- Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P. (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala
- Jat T. R., Ng N. and San Sebastian M., 2011, "Factors affecting the use of maternal health services in Madhya Pradesh state of India: a multilevel analysis", *International Journal for Equity in Health*, 10, (1): 59 (consulté le 2/04/2013 sur <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-10-59>)
- Jewkes R., Abrahams N. and Mvo Z., 1998, « Why do nurses abuse patients? Reflections from South Africa obstetric services », *Social Science and Medicine*, vol.47, n° 11, pp. 1781-1795
- Kabakian-Khasholian T., Campbell O., Shediak-Rizkallah M., Ghorayeb F., 2000, « Women's experience of maternity care : satisfaction or passivity? », *Social science and medicine*, 51, pp. 103-113
- Kabali H. E., 2009, *Facteurs associés à la mortalité maternelle intra-hospitalière et circonstances de décès chez les femmes avec complications obstétricales sévères à Kinsbasa*, Thèse en démographie, UCL
- Kabogoye F., 2009, *Accès et contrôle des ressources par les femmes en lien avec la sécurité alimentaire : cas du Burundi*, Mémoire en ESPO/SPED, UCL

- Kimani, M., 2008, « Investir dans la santé des mères africaines. Un grand nombre d'entre elles sont trop pauvres pour survivre à un accouchement », *Afrique Renouveau* (consulté le 5/7/2007 sur <http://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/january-2008/investir-dans-la-sant%C3%A9-des-m%C3%A8res-africaines>)
- Kobiané, J. F. (2006), *Ménages et scolarisation des enfants au Burkina Faso : à la recherche des déterminants de la demande scolaire*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant
- Koblinsky M.A., Campbell O. and Heichelheim J., 1999, "Organizing delivery care: what works for safe motherhood?", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, n° 5, pp. 399-406
- Kolsteren P. W. et de Souza S., 2001, « Les micronutriments et l'issue de la grossesse » in De Brouwere V. et Van Lerberghe V., *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, pp. 37-58
- Koné M., 2003, « Contexte » et « Gombo » dans les formations sanitaires », in Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P. (dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp. 237-264
- Kozel, V., 1990, *The composition and distribution of income in Côte d'Ivoire*, Living Standards Measurement Study, Working paper n°68, World Bank, Washington
- Krüger G., 2009, *A critical appraisal looking at traditional birth attendants: their potential impact on the health of mothers and newborns in developing countries and the policy on traditional birth attendants*, Thesis to the Swiss Tropical Institute, Emmendingen (Consulté le 22/08/2012 sur http://www.mdm-scd.org/files/TBA_Thesis_Krueger_2009.pdf)
- Kyomuhendo G.B., 2003, "Low Use of Rural Maternity Services in Uganda: Impact of Women's Status, Traditional Beliefs and Limited Resources", *Reproductive Health Matters* vol.11, n° 21, pp. 16-26
- Lacoste M., 1993, « Langage et interaction : le cas d'une consultation médicale », in Cosnier J., Grosjean M. et Lacoste M., *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, pp. 33-64
- Lacourse M-T., 2006, *Sociologie de la santé*, 2^{ème} édition, Montréal, Chenelière
- Labiberté D., 2007, « Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 23, n°3, pp. 1-11
- Lindelöw M., 2004, "The utilization of curative health care in Mozambique: does income matter? Working Paper, third draft, CSAE-University of Oxford

- MacCaw A, La Grenade J. and Ashley D., 1995, « Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders », *Social. Science and Medicine*, vol. 40, No. 7, pp. 1003-1012
- MacDonald M. et Starrs A., 2003, *Soins qualifiés lors de l'accouchement le point sur les politiques*, New York, Family Care International (consulté le 15/05/2013 sur <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/French/french%20policy.pdf>)
- Magadi M. A., Agwanda A. O. and Obare F.O., 2007, “A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys (DHS)” *Social Science and Medicine*, 64, pp. 11–1325
- Magadi M. A., Madise N. J. et Rodrigues R. N., 2000, « Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities” *Social Science and Medicine*, 51, pp. 551-561
- Makhlouf Obermeyer C., 1993, “Culture, Maternal Health Care, and Women's Status: A Comparison of Morocco and Tunisia, *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No. 6, pp. 354-365
- Manirakiza R., 2008, *Population et développement au Burundi*, Paris, L'Harmattan
- Masuy A. J., 2011, *Analysis of the care provided to the elderly by their spouse and children in the Panel Study of Belgian Households 1992-2002*, Louvain-la-Neuve, PUL, Diffusion Universitaire Ciaco
- Masuy-Stroobant G. et R. Costa (dir.), 2013, *Analyser les données en sciences sociales : De la préparation des données à l'analyse multivariée*, Bruxelles, P.I.E. Peter Lang
- Mauger, G., 1991, « Enquête en milieu populaire », *Genèse*, vol. 6, n°6, pp. 125-142
- Médecin du Monde, 2009, *Cadre de référence – Les accoucheuses traditionnelles*, (consulté le 18/08/2012 sur www.medecinsdumonde.org/.../43550fec428f0710ceab423d5ecd34c1.pdf)
- Menard S., 1995, *Applied logistic regression analysis*, Quantitative application in social sciences, Sage Publication, serie n°7, 106
- Mercier M. et Delville J., 1988, *Aspects psychosociaux en éducation pour la santé*, Bruxelles, De Boeck
- Ministère à la Réinstallation et à la Réinsertion des Déplacés et des Rapatriés (MRRDR), 1999, *Evaluation des principales activités du ministère de 1997 à septembre 1999*, Bujumbura

- Ministère de l'Eau, de l'Environnement, d'Aménagement du Territoire et de l'Urbanisme (MEEATU), 2012, *Description du Burundi : Aspects démographiques et socio-économiques du Burundi*, Bujumbura
- Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique, 2003, *Personnes déplacées recensées en 2002 : résultats définitifs globaux*, Bujumbura
- Ministère de la Femme et de la Protection de la Femme, 1988, *Politique sectorielle*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 1995, *Politique sectorielle du développement sanitaire : les grandes orientations*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 1995, *Résultats du recensement sur le personnel du Ministère de la santé publique : rapport provisoire*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2001, *Module standard de formation des prestataires en soins obstétricaux d'urgence et soins du post-partum*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2002, *Analyse de la motivation du personnel œuvrant au sein des centres de soins dans les provinces de Bubanza, Cankuzo, Cibitoke, Rutana et Ruyigi*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2002, *Politique sectorielle du Ministère de la santé publique (2002-2004)*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2004, *Définition des tâches au niveau du personnel du bureau provincial de santé, des services hospitaliers et du centre de santé*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2004, *Politique nationale de la santé. Premier draft*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2005, *Plan national de développement sanitaire 2006-2010*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2006, *Note de présentation de la politique sectorielle du Ministère de la santé*, Bujumbura
- Ministère de la Santé Publique, 2007, *Plan National de la santé de la reproduction*, Bujumbura
- Moussa H., 2003, « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/ Niger » in *Le bulletin de l'APAD*, n°25, 14 p. (Consulté le 16 mars 2013 sur <http://apad.revues.org/205>)
- Mvuyekure, A., 2003, *Le Christianisme au Burundi 1922-1962 : une approche historique des conversions*, Paris, Karthala
- Nankwanga A., 2004, *Factors influencing utilisation of postnatal services in Mulago and Mengo hospitals*

Kampala, Uganda, A minithesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Science Physiotherapy in the Department of Physiotherapy, University of the Western Cape

- Navaneetham K., Dharmalingam A., 2002, "Utilization of maternal health care services in Southern India", *Social Science and Medicine*, n° 55, pp.1849–1869 (consulté le 03/06/2014 sur [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00313-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00313-6))
- Ngayimpenda E., 1998, *Croissance démographique du Burundi (fin XIXe siècle - 1960) : essai d'explication et de mesure*, Thèse de doctorat, UCL
- Nibashikire C., 2003, *La promotion de la transformation agroalimentaire en Afrique subsaharienne : cas du Centre National de Technologie Alimentaire au Burundi*, Mémoire en FOPES, UCL
- Nimpagaritse M., 2009, *La gratuité des soins au Burundi. L'Etat, un tiers payeur : expérience de l'hôpital de Muramya*, Mémoire de master en santé publique, Anvers
- Nininahazwe E., 2003, *La participation de la population dans le financement des soins de santé au Burundi*, Mémoire en FOPES, UCL
- Nizigama F., 2006, *Evaluation des performances des institutions de microfinance au Burundi : cas de la CECM*, Mémoire en ESPO/IAG, UCL
- Nkurunziza, 2007, *Comportements des femmes en matière de recours aux soins obstétricaux au Burundi*, Mémoire de DEA, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve
- Nsanze A., 2003, *Le Burundi contemporain : l'Etat-nation en question (1956-2002)*, Paris, L'Harmattan
- Ntibazonkiza R., 1993, *Burundi au royaume des seigneurs de la lance. Une approche historique de la question ethnique au Burundi, 2 tomes*, Bruxelles asbl, Droits de l'Homme
- O'Connell A., 2006, *Logistic regression models for ordinal response variables*, Quantitative application in social sciences, Sage Publication, serie n°7, 146
- Oakley, A., 1984, *The capture womb. A history of the medical care of pregnantwomen*, Oxford: Basil Blackwell
- Observatoire de l'Action Gouvernementale, 2009, *Evaluation des effets de la mesure de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les accouchements sur les structures et la qualité des soins*, Bujumbura
- Ochako R., Fotso J-C., Ikamari L. and Khasakhala A., 2011, "Utilization of maternal health services among young women in Kenya: Insights from the Kenya Demographic and Health

- Survey, 2003”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 11, n°1 (consulté le 16/06/2011 sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/1>)
- Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), 2005, *Enquête sur les populations déplacées au Burundi*, Bujumbura
- Oliveira de Souza A. et Waltisperger D., 1995, *La maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau. Une analyse épidémiologique et son contexte ethnologique*, Paris, CEPED
- Olivier de Sardan J.P., 2003, « Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité »? Culture bureaucratique comme commune et culture professionnelle », in Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P. (dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala
- Olivier de Sardan J-P. et Ridde V., 2012, « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger », *Afrique contemporaine*, vol.3, n° 243, p. 11-32 (consulté le 10/01/2014 sur URL: www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2012-3-page-11.htm).
- Olivier de Sardan J-P., 2001, « La sage-femme et le douanier : cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Presses de Sciences Po*, vol. 4, n°20, pp. 61-73 (consulté le 10/01/2013 sur <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2001-4-page-61.htm>)
- Olivier de Sardan J-P., 2010, « Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger) » (Consulté le 03/03/2012 sur <http://www.lasdel.net/comparative.pdf>)
- Organisation Mondiale de la Santé, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé : Résumé*, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé, 1975, *L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification familiale et la planification familiale*, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé, 1978, *Pour des soins de santé maternelle et infantile fondés 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 auxquels sont exposés les individus et les communautés*, OMS, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé, 1986, « La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé » (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé, 1992, *Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours*, Genève

- Organisation Mondiale de la Santé, 1994, *Le dossier mère-enfant: guide pour une maternité sans risque*, Genève (consulté le 10/05/2013 sur http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1_fre.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé, 1998, *La méthode appliquée à l'estimation de la mortalité maternelle: conseils aux utilisateurs potentiels*, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé, 1998, *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : Guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé, 1999, *Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale*, Genève (consulté le 15/05/2013 sur http://whqlibdoc.who.int/publications/1999/9242561959_fre.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé, 2003, *Rapport synthèse : Etude sur l'évaluation de la situation relative à la migration du personnel de la santé au Burundi*, Bujumbura
- Organisation Mondiale de la Santé, 2008, *Mortalité maternelle en 2005*, Estimations de l'OMS, L'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale, Département santé et recherche génésiques, Genève, NLM : WQ 16
- Ouedraogo C., Ouedraogo A., Akotionga M., Thieba B., Lankande J., Kone B., 2001, « La mortalité maternelle au Burkina Fasso : Evaluation et stratégie nationale », *Médecine d'Afrique noire*, vol. 48, n°11
- Parkhurst J. O., Penn-Kekana L., Blaauw D., Balabanova D., Danishevski K., Rahman S. A., Onama V. and Ssengooba F., 2005, « Health systems factors in influencing maternal health services : a four-country comparison », *Health policy*, 73, pp. 127-138
- Pebbley A. R., Goldman N., Rodriguez G., 1996, « Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter », *Demography*, vol. 33, n° 2, pp. 231-247
- Penchansky, R. and Thomas, W., 1981, « The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction », *Medicine care*, 19, 2, pp. 127-141
- Pérouse de Montclos M-A., 2006, « De l'impartialité des humanitaires et de leur perception par les bénéficiaires : les enjeux politiques de l'aide internationale au Burundi », *Autrepart*, n° 39, pp. 39-57 (consulté le 10/10/2010 sur <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2006-3-page-39.htm>)

- Pierret J., 1994, « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault » in Augé M. et Herzlich C., *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, collection Ordres sociaux, Paris, éditions des archives contemporaines
- Poupard P., 1995, « La population déplacée au Burundi », in Guichaoua A. (dir.), *Les crises politiques au Burundi et au Rwanda (1993-1994). Analyses, faits et documents*, Lille, Université des Sciences et Technologies, pp. 177-184
- Pruat A., de Bernis L. et Ould El Joud D., 2002, « Santé maternelle en Afrique francophone. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Santé de la Reproduction*, vol 31, n° 1, pp. 90-99
- Rahman S. U. and Smith D. K., 1999, "Deployment of rural health facilities in a developing country", *Journal of the Operational Research Society*, 50
- Rakotomalala R., 2011, *Pratique de la Régression Logistique : Régression Logistique Binaire et Polytomique* (consulté le 12/02/2014 sur http://eric.univ-lyon2.fr/~ricco/cours/cours/pratique_regression_logistique.pdf)
- Ranson E.I. et Yinger N.V., 2002, *Pour une maternité sans risque. Comment éliminer les obstacles aux soins*, Washington DC, Population Reference Bureau
- Ravallion, M., 1996, *Comparaison de la pauvreté*, Living Standards Measurement Study, Document de travail n° 122, Banque Mondiale, Washington
- Reynolds H. T., 1984, *Analysis of nominal data*, 2nd edition, Quantitative application in social sciences, Sage Publication, serie n°7, 106, serie n°7, 7
- Reyntjens F., 1989, *Burundi 1972-1988. Continuité et changement*, Cahiers du CEDAF, n°5
- Reyntjens F., 1994, *L'Afrique des Grands Lacs en crise. Rwanda, Burundi. 1988-1994*, Paris, éd. Karthala
- Richard J.L., 2001, *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*, Thèse géographie de la santé, Université de Neuchâtel, Neuchâtel
- Ridde V. et Blanchet K., 2009, « Débats et défis autour de la gratuité des soins en Afrique : « retour vers le futur » ? », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, Vol., 19, n° 2, pp.101-106 (consulté le 24 mars 2014 sur <http://www.jle.com/e-docs/00/04/52/23/article.phtml>)
- Ridde V. et Morestin F., 2009, « Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique », *Document de travail*, 2009 (consulté le 03/03/2011 sur http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/synthese_abolition_finale.pdf)

- Ridde V. et Queuille L., 2010, *L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé. Expérience pilote du Burkina Faso*, Ouagadougou (consulté le 24 mars 2014 sur http://www.help-ev.de/fileadmin/media/pdf/Downloads/Polic_Papers/ExemptionPiloteBurkina2010_fr.pdf)
- Ridde V., 2004, « L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé », *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion paper*, Washington
- Ridde V., Robert E. et Meessen B., 2010, « Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé », *World Health Report Background Paper*, No 18 (Consulté le 12/09/2012 sur <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/UserFeesNo18FINAL.pdf>)
- Rizzi, E., 2013, « La régression logistique » in Masuy-stroobant G. et R. Costa (sous la dir.), *Analyser les données en sciences sociales. De la préparation des données à l'analyse multivariée*, P.I.E. Peter Lang, Bruxelles, pp. 257-277)
- Rizzuto R. and Rashid S., 2002, *Skilled Care During Childbirth: Country Profiles*, Family Care International, Inc. (consulté le 9/05/2013 sur http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/English/Country%20Profiles_English.pdf)
- Rooney C., 1992, *Soins prénatals et santé maternelle : Etude d'efficacité*, Genève, OMS
- Roy S., 2008, *Déterminants de l'utilisation des services publics de santé prénatale dans la ville de Rosario en Argentine*, Université Laval, mémoire de maîtrise en santé communautaire
- Royer A., 2004, « Déplacements internes au Burundi : la gestion de l'incertitude », in Guichaoua A. (dir.), *Exilés, réfugiés, déplacés en Afrique centrale et orientale*, Paris, Karthala, pp. 269-378
- Royer A., 2006, « Les personnes déplacées du Burundi et du Rwanda : Une catégorie juridique, une multitude de traitements politiques et humanitaires », in Le Pape M., Siméant J., Vidal C. (dir.) *Crises extrêmes. Face aux massacres, aux guerres civiles et aux génocides*, Paris, La Découverte, pp. 171-187
- Royer, A., 2006, « Les personnes déplacées du Burundi et du Rwanda : une catégorie juridique, une multitude de traitements politiques et humanitaires » in Le Pape M., J. Siméant J. et C. Vidal, C. *Crises extrêmes. Face aux massacres, aux guerres civiles et aux génocides*, Paris, La Découverte, 2006, 15p.
- Royer, A., « Les déplacements internes au Burundi : la gestion de l'incertitude », in Guichaoua A., (sous la dir.), 2004, *Exilés, réfugiés et déplacés en Afrique centrale et orientale*, Paris, Karthala, pp. pp. 269-378
- Royston E. and Amstrong S., 1990, *La prévention des décès maternels*, Genève, 1990

- Rumelhard G., 1998, « Santé et pouvoir de rétablissement. Concept populaire, concept scientifique, concept socio-politique : une analyse en vue d'une éducation », *ASTER* n° 27, pp. 125-143
- Sallis J. F., Neville Owen and Edwin B. Fisher, 2008, "Ecological models of health behaviour" in Glanz K., Barbara K. Rimer and K. Viswanath (ed.), *Health behaviour and health education : Theory, research and practice 4th edition*, San Francisco, Jossey-Bass
- Save the Children, 2003, *Le financement des soins de santé par les communautés au Burundi : Le coût de la maladie, les implications pour la capacité des ménages pauvres à payer les soins de santé et l'accès des enfants aux services de santé*, Londres
- Schoumaker B., 2001, *Analyses multi-niveaux des déterminants de la fécondité. Théories, méthodes et applications au Maroc rural*, Thèse de doctorat en démographie de l'UCL, 2001
- Sebudandi G. et Richard P-O., 1996, *Le drame burundais. Hantise du pouvoir ou tentation suicidaire*, Paris, Karthala
- Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SEP-CNLS), 2010, *Synthèse épidémiologique du VIH/SIDA*, Burundi
- Seki E. G., 2006, *Contribution à l'amélioration de la prise en charge des gestantes par la réduction du temps d'attente avant la consultation prénatale : Cas du centre de Santé Gaspard Kamara*, mémoire de DESS en gestion des ressources de santé, CESAG (consulté le 25/10/2012 sur http://bibliotheque.cesag.sn/index.php?lvl=author_see&id=5317)
- Sepou A., Yanza M.C., Nguembi E., Bangamingo J-P., Nali M.N., 2000, « Les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine : fréquence, facteurs influençant, pronostics maternel et néonatal », *Médecine Tropicale*, 2000, vol. 60, n° 3, pp. 257-261
- Sines, E., U. Syed, S. Wall et H. Worley, 2007, "*Soins postnatals : une opportunité exceptionnelle de sauver des mères et des nouveau-nés*", Save the children et Population Reference Bureau Washington D.C.
- Sossa, F.P., 2009, *Impact du niveau de vie des ménages sur le risque de malnutrition et de mortalité des enfants de moins de cinq ans au Bénin*, mémoire de Master en démographie, UCL, Louvain-la-Neuve
- Souley A., 2003, « Un environnement inhospitalier » in Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P. (dir.), *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Kartala
- Soura, B. A., 2009, *Analyse de la mortalité et de la santé des enfants à Ouagadougou : inégalités spatiales, effets individuels et effets contextuels*, Thèse de doctorat en démographie, UCL, Louvain-La-Neuve

- Stephenson R. and Ong Tsui A., 2002, “*Contextual Influences on Reproductive Health Service Use in Uttar Pradesh, India*”, *Studies in Family Planning*, vol. 33, 4, pp. 309–320
- Stephenson R., Baschieri A., Clements S., Hennink M., Madise N., 2006, « Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n°1, pp. 88-93
- Swantz, M.L., 1979, « Community and healing among the Zaramo in Tanzania », *Social Science and Medicine*, 13b, pp169-173
- Sword W., 1999, “A socio-ecological approach to understand barriers to prenatal care for women of low income”, *Journal of advanced nursing*, 29, 5, pp. 1170-1177
- Tabutin D. et Schoumaker B., 2004, « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, 59, n°3/4, pp.521-622
- Thibon C., 2004, *Histoire démographique du Burundi*, Paris, Karthala
- Tiéman D., 2012, *Santé, maladie et recours aux soins à Bamako (Mali) : les six esclaves du corps*, Paris, l'Harmattan
- Tsu, V. D, 1994, “Antenatal screening: its use in assessing obstetric risk factors in Zimbabwe” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, pp. 297-305
- Van Damme V. et De Brouwere V., 1998, « Effect of a refugee-assistance programme on host population in Guinea as measured by obstetric interventions », *The Lancet*, vol. 351, pp. 1601-1613.
- Van Lerberghe W. et De Brouwère V., 2001, « Impasses et succès : les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle » in Van Lerberghe W. et De Brouwère V. (dir.), *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidences scientifiques*, Studies in Health services organisation & policy, 18
- Vangeenderhuysen C., Aitchedji C.S. et Prual A., 1998, « Etude des prescriptions en consultation prénatale en milieu urbain à Niamey », *Médecine d'Afrique Noire*, 45 (8/9), pp. 498-500 (consulté le 26/10/2012 sur <http://www.santetropicale.com/resume/94503.pdf>)
- Witter S., Armar-Klemesu M. et Dieng T., 2008, « Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement : Comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal » in Richard Fabienne, Witter S. et De Brouwere V., *Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources*, Studies in Health Services Organisation & Policy, 25

World Health Organization (WHO), 1997, *Coverage of Maternity Care. A listing of Available Information*. World Health Organization, Geneva. WHO/RHT/MSM/96.28

World Health Organization (WHO), 2012, "Health services coverage statistics" (consulté le 22/08/2012 sur <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indbirthswithskilledhealthpersonnel/en/>)

Yana, S.D., 2006, « L'analyse des données qualitatives » in De Loenzien M. et S.D. Yana (sous la dir.), *Les approches qualitatives dans les études de population : théories et pratiques*, Paris, éditions des archives contemporaines, pp. 131-145

Zani B., 2002, « Théories et modèles en psychologie de la santé », in Fischer G.-N. (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 21-46

Ziegler J., 1979, *Le pouvoir africain*, Paris, Point/Seuil

Documents officiels

Décret-loi n° 1/037 du 07/07/1993 portant révision du code du travail de la République du Burundi

Décret n°100/55 du 05 avril 2010 portant Publication des résultats définitifs du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2008. <http://www.paris21.org/sites/default/files/BURUNDI-population-2008.PDF>

Ordonnance Ministérielle n° 630/ du 30/ 11/07 portant fixation des programmes de formation à l'Institut National de Santé Publique (consulté le 1/12/2010 sur le site de l'INSP www.insp.bi/info.php?article16)

Liens internet

http://www.who.int/topics/maternal_health/fr/

<http://www.who.int/topics/midwifery/fr/>

http://www.who.int/topics/maternal_health/fr/

<http://www.who.int/topics/midwifery/fr/>

« Les « blues » du médecin burundais » in *Iwacu-Burundi. Les voix du Burundi*, n°12, 21 novembre 2008 article lu le 16/12/2008 sur le site <http://www.iwacu-burundi.org/>

ANNEXES

Annexe 0 : Niveau du recours (en %) aux soins de santé maternelle par pays et selon l'année de l'EDS

Pays	Au moins une CPN pendant la grossesse	CPN au 1er trimestre de gestation	Accouchement en formation sanitaire	Visite postnatale
Bénin (2011)	86,0	48,0	86,9	67,9
Burkina Faso(2010)	94,9	41,2	66,3	26,4
Burundi (2010)	98,9	20,6	59,5	32
Cameroun (2011)	84,7	34,3	61,2	41,6
Congo Brazzaville (2011)	92,6	46,1	91,5	77,3
RDC (2007)	85,3	18,6	70,1	12,7
Côte d'Ivoire (2011-12)	90,6	29,8	57,4	77,5
Ethiopie (2011)	33,9	11,2	9,9	8,5
Gabon (2012)	94,7	63,6	90,2	70,3
Ghana	95,4	55,0	57,1	77
Guinée (2012)	85,2	40,0	40,3	57,4
Kenya (2008-09)	91,5	14,6	42,6	47,4
Lesotho (2009)	91,8	32,5	58,7	58,4
Libéria (2007)	79,3	58,5	36,9	70,2
Madagascar (2008-09)	86,3	27,4	35,3	65
Malawi (2010)	94,7	12,4	73,2	52,4
Mali (2006)	70,4	30,4	45,1	27,8
Mozambique 2011)	90,6	13,1	54,8	
Namibie (2006-07)	94,6	32,6	80,8	78,4
Niger (2012)	82,8	22,1	29,8	40,9
Nigeria (2008)	57,7	16,2	35,0	43,7
Rwanda (2010)	98,0	38,2	68,2	30,2
Sénégal (2010-11)	93,3	60,7	72,8	75,2
Afrique du Sud (2003)	91,9	31,7	90,7	
Tanzanie (2010)	95,9	15,1	50,2	35,4
Ouganda (2011)	94,9	20,8	57,4	35,9
Zambie (2007)	93,7	19,2	47,7	49,5
Zimbabwe (2010-11)	89,8	19,4	65,1	43,2
Tchad (2004)	42,6	16,7	13,2	
Mauritanie (2000-01)	64,6	56,1	48,5	
Erythrée (2002)	70,3	22,2	26,4	
Moyenne	84,4	31,2	55,6	50,1
Ecart-type	15,8	15,8	21,5	20,7

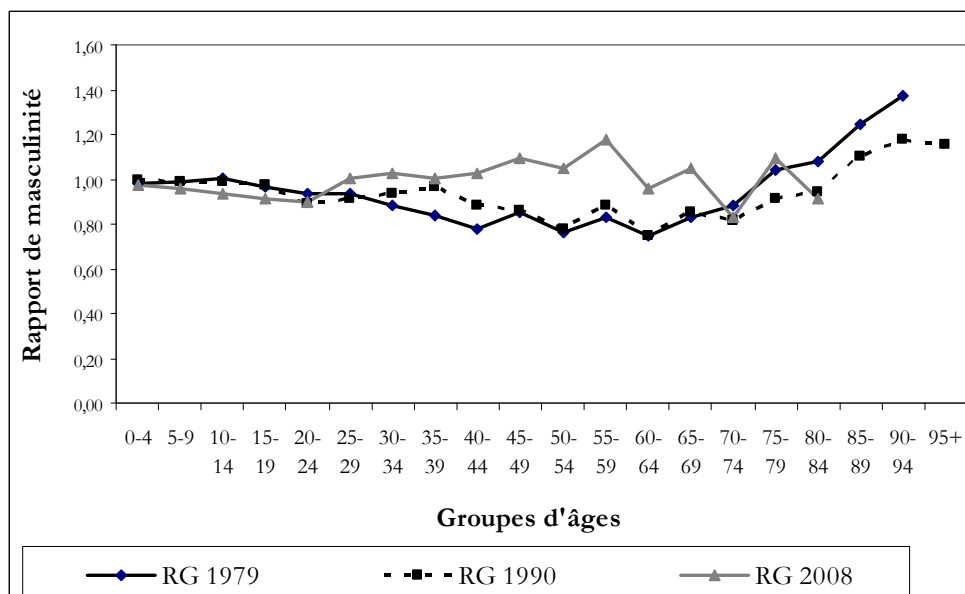
Annexe 1 : Généralités sur le Burundi

Tableau 1.6 : Typologie des camps de déplacés selon les données de l'ESD-SR de 2002

Type de camp	(a)	(b)	(c)
Mortalité de crise des hommes	Faible en 1972, très forte en 1993 et moyenne depuis 1994	Très forte en 1972, moyenne en 1993 et depuis 1994	Moyenne en 1972 et en 1993, assez forte depuis 1994
Déplacements depuis 1993	Concentrés en 1993, internes au Burundi	Concentrés en 1996, internes au Burundi	Tardifs (1997-1999), sorties hors Burundi fréquentes
Veuvages de crise	Récents (1993) et très fréquents	Anciens (1972) et assez fréquents	En croissance régulière et assez fréquents
Fécondité générale	En très forte baisse depuis 1993 du fait des veuvages de crise	Petite baisse précoce après 1972, baisse modérée depuis 1993 du fait des veuvages de crise	En baisse modérée depuis 1993 du fait des veuvages de crise
Base de la pyramide des âges	10-14 ans>5-9 ans>0-4 ans du fait de la fécondité donc des veuvages	10-14 ans=5-9 ans=0-4 ans du fait de la fécondité donc des veuvages précoces	10-14 ans<5-9 ans<0-4 ans du fait d'une fécondité moins touchée par les veuvages
Assistance humanitaire	Couverture supérieure à la moyenne des camps	Couverture inférieure à la moyenne des camps	Couverture très inférieure à la moyenne des camps
Accouchements en institution	Plus fréquents qu'avant l'arrivée au camp et que dans les autres types de camps	Un peu plus fréquents qu'avant l'arrivée au camp et moins fréquents que dans les camps (a)	Un peu moins fréquents qu'avant l'arrivée au camp et moins fréquents que dans les camps (a) et (b)
Habitat	Logements en bois assez fréquents (50%)	Logements en bois assez fréquents (50%)	Logements en bois très fréquents (75%)
Approvisionnement en eau des ménages	Fontaine publique, ruisseau, rivière ou lac pour la moitié des ménages	Fontaine publique, ruisseau, rivière ou lac pour 60% des ménages	Fontaine publique, ruisseau, rivière ou lac pour les 2/3 des ménages
Mortalité des jeunes enfants	Comparable au milieu rural avant 1993, plus faible depuis	Comparable au milieu rural des années 1980 à 2002	Supérieure au milieu rural avant 1993, très supérieure depuis
Intentions de partir des 15 ans et plus	Comparable au milieu rural	Trois fois plus importante qu'en milieu rural	Trois fois plus importante qu'en milieu rural
Absents du ménage	Proportion importante chez les jeunes hommes (élèves et étudiants et forte proportion de militaires)	Proportion modérée chez les jeunes hommes (élèves et étudiants, très peu de militaires)	Proportion faible à tous les âges (très peu de militaires)
Fécondité légitime du moment	Comparable au milieu rural	Supérieure au milieu rural (+0,5 enfant)	Très supérieure au milieu rural (+ 1 enfant)
Polygamie	Proportion de polygames deux fois supérieure au milieu rural	Proportion de polygames 1,7 fois supérieure au milieu rural	Proportion de polygames 3,2 fois supérieure au milieu rural
Instruction des jeunes femmes	Légèrement supérieure au milieu rural	Légèrement inférieure au milieu rural	Plus de deux fois inférieure au milieu rural
Religion	Comme en milieu rural religion catholique très dominante (1/6 de protestants)	Protestantisme légèrement majoritaire (55%)	Autant de protestants que de catholiques
Bétail avant la crise	40% des ménages ayant eu au moins une vache, la moitié des ménages possédaient au moins une volaille	20% des ménages ayant eu au moins une vache, 63% des ménages possédaient au moins une volaille	20% des ménages ayant eu au moins une vache, 67% des ménages possédaient au moins une volaille

Source : Blayo *et al.*, 2004, p. 145

Figure 1.10 : Evolution du rapport de masculinité calculé à partir des données des recensements de la population de 1979, 1990 et 2008



Sources : Elaboré à part des recensements de 1979, de 1990 et de 2008

Le rapport de masculinité témoigne de grandes irrégularités de la distribution de la population par sexe et ce dans tous les recensements. Le rapport de masculinité aux 5 premiers groupes d'âges est inférieur à 1 ; ce qui signifie que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ces âges. Si les estimations de 1979 et 1990 sont quasi-identiques entre 0-4 ans et 20-24 ans, l'écart entre les effectifs des hommes et ceux des femmes est plus important au recensement de 2008. Après 25-24 ans, les courbes évoluent différemment. Sans vouloir mentionner les valeurs du rapport de masculinité à chaque âge, la figure montre qu'en 1979, le sex ratio va connaître, malgré les fluctuations, une sous-estimation importante des hommes entre 30-34 ans et 65-69 ans. Après cet âge, le rapport de masculinité amorcera une hausse et dépassera la barre de 1 à partir de 75-79 ans pour atteindre le niveau le plus élevé (1,37) à 90-94 ans.

En 1990, on remarque les mêmes irrégularités à part que la chute du sex ratio est amorcée après 35-39 ans et la hausse à partir de 70-74 ans.

En 2008, la tendance s'inverse. Comparer aux deux premiers recensements, le rapport de masculinité aux jeunes âges (jusque 20-24 ans) est le plus bas tandis qu'il dépasse la barre de 1 à partir de 25-29 ans. De grandes irrégularités sont observées à partir de 45-49 ans. La courbe évolue en dents de scies. Le sex ratio est supérieur à 1 jusqu'à 75-79 ans (exception à 70-74 ans), atteignant parfois 1,18 à 55-59 ans.

En résumé, si la sous-estimation des hommes, en 1979 et en 1990, dans les âges compris entre 25-29 ans et 70-74 ans peut-être expliquée par la crise de 1972⁹⁷, rien n'explique la surestimation des hommes aux âges avancés. Je n'ai pas trouvé non plus les raisons de sous-estimations des hommes aux jeunes âges et de la sous-estimation importante des femmes aux âges adultes en 2008. Dans tous les cas, le Burundi n'échappe pas à la règle (surmortalité des hommes en âges adultes

⁹⁷ L'ESD-SR de 2002 s'est intéressée à la mortalité de crise. Le constat est que la mortalité de crise de 1972 a affecté quasi-uniquement les hommes adultes. Quant à la crise de 1993, plus l'âge des femmes s'élève, plus le risque de décéder de crise se rapproche de celui des hommes (Blayo *et al.*, 2004, p. 41)

et avancés). Ainsi, peut-on conclure les trois recensements sont entachés des erreurs (d'observation ou de déclaration).

Tableau 1.7 : Indices de fécondité selon les sources de données au Burundi

Indices		EDS 1987	ESD-SR 2002 *	Recensement de 2008	EDS 2010
ISF					
	ensem ble	6,8	5,6	5,5	6,4
	urbain	5,3	4,5	6	4,8
	Rural	6,9	5,9 (idem dans les camps de déplacés)	6	6,6
	niveau d'études secondaires	5,5			4,4
Descendance finale					
	ensem ble	6,9			6,6
	urbain	6			5,5
	Rural	7			6,7
	niveau d'études secondaires	6,6			4,8
Parité moyenne à 40-49 ans		7,3			7,1
nombre idéal d'enfants					
	ensem ble	5,3			4,2 (la fécondité en union étant de 4,3)
	urbain	4,2			3,9
	Rural	5,4			4,2
	pas instruites	5,5			4,4
	Prim aires	4,9			4,1
	niveau d'études secondaires	4			3,8
Âge médian à la première naissance		21 ans			21,5 (chez les 25-49 ans)
Âge médian au mariage		21,9			20,3 (chez les 25-49 ans)
Contraception m oderne		2%			11%

Sources : Elaboré par l'auteure à partir des EDS de 1987 et de 2010 et de l'ESD-SR de 2002

* A l'ESD-SR, les indices ont été calculés par groupes de génération. Par exemple, la DF calculé sur la génération 1959-1961 (la plus jeune des autres générations) est de 6,6 enfants/femme. L'âge moyen à la première naissance pour la génération 1968-1970 est de 22 ans

Tableau 1.8 : Répartition du personnel soignant par catégorie et par province sanitaire (P.S.)⁹⁸

Structures	Situations actuelles			Normes OMS			Deficit			Surplus		
	Médecins	techniciens médicaux	Assistants médicaux	Méd.	TM	AS	Méd.	TM	AS	Méd.	TM	AS
P. S Bujumbura-rural												
Hôpital	0	2	17	4	30	60	4	28	43			
Centres de Santé	0	22	45	0	56	69	0	34	24			
P.S. Bujumbura Marie												
Centres de Santé	0	21	52	0	20	30					1	22
P.S. Mwaro												
Hôpital	2	12	10	4	30	60	2	18	50			
Centres de Santé	0	12	43		34	51		22	8			
P.S. Muyinga												
Hôpital	1	12	23	2	15	30	1	3	7			
Centres de Santé		11	43		42	63		31	20			
P.S. Cankuzo												
Hôpital	1	11	12	4	30	60	3	19	48			
Centres de Santé		12	10		18	27		6	17			
P.S. Ruyigi												
Hôpital	1	3	38	4	30	60	3	27	22			
Centres de Santé		3	23		28	42		25	19			
P. S. Gitega												
Hôpital	0	1	1	2	15	30	2	14	29			
Centres de Santé		17	76		36	54		19				22
P.S. Kayanza												
Hôpital	2	8	24	2	15	30		7	6			
Centres de Santé		9	29		38	57		29	28			
P.S. Rutana												
Hôpital	1	9	26	2	15	30	1	6	4			
Centres de Santé		14	29		30	45		16	16			
P.S. Bururi												
Hôpital	3	20	59	8	60	120	5	40	61			
Centres de Santé		21	41		42	63		21	21			
P.S. Muramvya												
Hôpital	1	7	34	4	30	60	3	23	26			
Centres de Santé												
P.S. Ngozi												
Hôpital	1	14	43	1	15	30	1	1	13			
Centres de Santé		14	52		52	78		38	26			
P.S. Bubanza												
Hôpital	1	1	10	2	15	30	1	14	20			
Centres de Santé		15	31		22	36		7	5			
P.S. Makamba												
Hôpital	1	4	35	2	15	30	1	11				5
Centres de Santé		6	41		28	42		22	1			
P.S. Karusi												
Hôpital	0	2	26	2	15	30	2	13	4			
Centres de Santé		8	29		24	36		16	5			
P. S. Kirundo												
Hôpital	2	7	8	2	15	30		8	22			
Centres de Santé		16	31		52	78		36	47			
P.S. Cibitoke												
Hôpital	1	11	29	4	30		3	19	31			
Centres de Santé		23	39		38	57		15	18			

Source : Ministère de la Santé Publique, 2004

⁹⁸ Le tableau 1.10 ne fournit pas d'informations concernant les médecins des provinces sanitaires de Bujumbura-mairie et Gitega, respectivement première et deuxième ville du pays. Il s'agit, probablement, d'un oubli de la part des auteurs du rapport.

Annexe 1.1 : Soins de santé maternelle au niveau des structures sanitaires

Le Ministère de la santé (Burundi) a défini les tâches de son personnel, du bureau provincial de santé (BPS) au centre de santé (Ministère de la santé publique, 2004). Au niveau des services hospitaliers et centres de santé, on distingue les activités de santé de la reproduction et les services de maternité.

Les infirmiers assurant les activités de la santé de la reproduction sont censés :

- accueillir les femmes enceintes, faire un interrogatoire et examen gynécologique,
- rechercher les facteurs de risque chez la femme enceinte, vérifier la position du fœtus, noter les antécédents sur la fiche de CPN,
- mesurer le poids, la taille et le bassin,
- mesurer la tension artérielle et la hauteur utérine,
- auscultation du cœur fœtal, détecter les pertes vaginales,
- demander les examens complémentaires nécessaires, prescrire les médicaments appropriés dont le fer,
- informer la mère de son état de santé et celui de l'enfant,
- vacciner contre le tétanos toutes les femmes enceintes, et les femmes en âge de procréer,
- préparer la femme à l'accouchement,
- référer à l'hôpital à temps toute femme représentant les signes d'une grossesse à risque
- négocier les rendez-vous pour la CPN suivante.

L'infirmier(e) doit noter tous ces renseignements et observations sur une fiche de surveillance ou « fiche de CPN ». Celle-ci est remise à la femme enceinte. Elle doit la présenter à chaque visite prénatale.

Quant au service de maternité, les tâches de l'infirmier(e) sont :

- accueillir les parturientes,
- reconnaître les signes du travail d'accouchement, distinguer une grossesse à terme d'une menace d'accouchement prématuré,
- si c'est au centre de santé, reconnaître les grossesses à risque, les anomalies du travail et les urgences obstétricales et les référer à l'hôpital,
- veiller à la propreté et à la stérilisation du matériel,
- assurer les accouchements eutociques⁹⁹,
- pratiquer l'épisiotomie et la préparer,
- surveiller la délivrance et en reconnaître les anomalies,
- donner des soins aux nouveau-nés : désencombrer leur voie respiratoire, faire les soins du cordon, examiner les pouls, coloration, température, réflexe,
- instiller les gouttes de nitrates d'argent dans les yeux
- mettre le nouveau-né directement au sein après accouchement,
- référer en cas de complication,
- donner des soins aux accouchées,
- vérifier le globe de sécurité,
- vérifier les pertes vaginales et faire les soins génitaux,
- discuter avec l'accouchée de la planification familiale et la nécessité de vaccination des enfants,
- apprendre aux mères les principes de nutrition des enfants,
- négocier avec les accouchées des prochaines consultations postnatales.

⁹⁹ Ce sont des accouchements qui se déroulent de manière normale

Figure 1.11 : Fiche de santé de la femme (« Fiche de CPN »)

Voir pages suivantes

Problèmes dépistés	CPN REQUISE avant 18 semaines	
Date de la consultation	/...../.....	
Nb de semaines d'aménorrhée :	 sem.	
POIDS :	 kg	
PALEUR +++ des conjonctives	Oui ☐	Non ☐
TENSION ARTERIELLE :		
Supérieure à 14/9	Oui ☐	Non ☐
DOULEURS PELVIENNES	Oui ☐	Non ☐
PERTES de sang	Oui ☐	Non ☐
PERTES : blanchâtres	Oui ☐	Non ☐
verdâtres	Oui ☐	Non ☐
jaunâtres	Oui ☐	Non ☐
ULCERATIONS GENITALES	Oui ☐	Non ☐

OBSERVATIONS :

DECISIONS après consultation des fiches techniques

TRAITEMENT : - FER	Oui ☐	non ☐
- AUTRE (préciser) :		
SURVEILLANCE de la grossesse		
au Centre de santé	Oui ☐	non ☐
à l'hôpital	Oui ☐	non ☐

POUR LA MATERNITE DE REFERENCE

Arrivée à la maternité le/...../.....
Observations :

Référence justifiée	Oui ☐	Non ☐
Décision de la maternité		
Reste à la maternité	☐	☐
Retourne au centre de santé	☐	☐

Problèmes dépistés	CPN facultative de 18 à 32 sem.	CPN REQUISE à 32 semaines	CPN facultative de 32 à 36 sem.	CPN REQUISE à 36 semaines
DATE de la consultation :	/...../.....			
Nb. Semaines Aménor.	 sem.			
POIDS :	 kg			
Prise inférieure à 1 kg par mois	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
PALEUR +++ des conjonctives	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
OEDEMES des membres inférieurs	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
TENSION ARTERIELLE	TA	TA	TA	TA
supérieure à 14/9	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
HAUTEUR UTERINE	 cm	 cm	 cm	 cm
progression anormale	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
PRESENTATION (préciser laquelle)				
viciuse	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
CONTRACTIONS utérines précoces	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
MOUVEMENTS FOETAUX absents	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
BRUITS du COEUR FOETAL absents	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
PERTES liquide amniotique	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
PERTES de sang	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
PERTES : blanchâtres	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
verdâtres	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
jaunâtres	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
ULCERATIONS GENITALES	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐

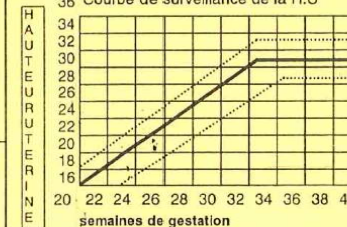
INCANDAGO ZIKINGIRA TETANUSI AMAZE KURONKA

Incandago ya mbera
Incandago ya kabiri
Incandago ya gatafu
Incandago ya kane
Incandago ya gatanu

ITALIKI AZOGARUKIRAKO KWIPIMISHA

Urupimo rwa kabiri
Urupimo rwa gatafu
Urupimo rwa kane

CM 36 Courbe de surveillance de la H.U



DECISIONS PRISES

après consultation des fiches techniques

TRAITEMENT : - FER	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
- AUTRE (préciser)				
SURVEILLANCE				
de la GROSSESSE	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
de l'ACCOUCHEMENT	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐

UMUKENYEZI AKWIYE KWISUZUMISHA YAVYAYE.
CONSULTATION POST-NATALE.

Interrogatoire :

ACCOUCHEMENT :

Date : ____/____/____/

Terme de la grossesse à l'accouchement : SA*

Accouchement :

. A domicile, centre de santé, hôpital (souligner)

. Autre (à préciser) :

Mode d'accouchement :

. Eutocique, dystocique, césarienne (souligner)

Accoucheur :

. Accoucheuse traditionnelle

. Aide-accoucheur, infirmière/médecin (souligner)

. Autre (préciser)

Parité : Nombre d'avortements :

Nombre d'enfants : - Vivants : - Morts - nés :

- Décédés :

SUITES DE COUCHES

Consultation	1ère CPNT ** Date :	2è CPNT *** Date :
	Oui Non	Oui Non
- Douleurs pelviennes	☐ ☐	☐ ☐
- Retour de couches	☐ ☐	☐ ☐
- Date de retour de couches	☐ ☐	☐ ☐
- La mère a-t-elle terminé les VAT ?	☐ ☐	☐ ☐

NOUVEAU-NE

Vivant ☐

Poids à la naissance gr ☐

Mort-né ☐

Décédé après accouchement ☐

Circonstances de décès avant 28 jours :

Mode d'alimentation du nouveau-né

	Oui	Non	Oui	Non
. Allaitement maternel exclusif	☐	☐	☐	☐
. Allaitement mixte	☐	☐	☐	☐
. Allaitement artificiel	☐	☐	☐	☐

Soins au nouveau-né

- Examen des yeux :

- Malformation (s) :

- Soins ombilicaux :

- Cordon ombilical infecté

Vaccination :

Autres soins (préciser)

S.A* = semaine d'amenorrhée

1ère CPNT** se fait dans les 15 premiers jours

2ème CPNT*** se fait à 1 mois 1/2

Examen physique	1ère CPNT	2ème CPNT
Général	Date :	Date :
- Poids :	 kg	 kg
- TA :		
- T° :		
- Pouls :		
- Pâleur des conjonctives	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
- O.M.I.	☐ ☐	☐ ☐
- Abdomen :		
. Cicatrice	☐ ☐	☐ ☐
. Cicatrice infectée	☐ ☐	☐ ☐
. Abdomen douloureux	☐ ☐	☐ ☐
. Contracture	☐ ☐	☐ ☐
Gynécologique		
Seins : - crevasse	☐ ☐	☐ ☐
- mastite	☐ ☐	☐ ☐
- Masse (tumeur)	☐ ☐	☐ ☐
- Mamelon :		
. Ombligé	☐ ☐	☐ ☐
. Plat	☐ ☐	☐ ☐
. Normal	☐ ☐	☐ ☐
- Montée laiteuse	☐ ☐	☐ ☐
Utérus : - involué	☐ ☐	☐ ☐
- douloureux	☐ ☐	☐ ☐
Périnée :		
- sans déchirure ni épisio.	☐ ☐	☐ ☐
- épisiotomie infectée	☐ ☐	☐ ☐
- déchirure infectée	☐ ☐	☐ ☐
- Lochies normales	☐ ☐	☐ ☐
- Lochies fétides/Pus	☐ ☐	☐ ☐
- Ulcérations génitales	☐ ☐	☐ ☐
Spéculum + T.V :		
- Aspect normal du col	☐ ☐	☐ ☐
- Col béant	☐ ☐	☐ ☐
- TV douloureux	☐ ☐	☐ ☐

Soins à la mère

- Traitement

Oui Non

- Référé

- Contraception

Laquelle ? :

Umukenyenzi wese atise ifishi iriko akazingi
gasize ategerezwa kwibuka kwibarukira kwa muganga

CONSULTATION PRENATALE

Fiche n° Date :/...../.....

Secteur de santé :

Centre de santé/Hôpital :

Nom : Date de naissance :

Instruction - ni lire ni écrire - primaire - secondaire - supérieure (souligner)

Sa profession :

Nom du Mari : sa profession :

Domicile (colline, quartier, rue) :

Grossesse ☐	Accouchements ☐	Avortements ☐		
Enfants vivants ☐	Morts nés ☐	Enfants décédés ☐		
DDR ____/____/____	DPA ____/____/____			
FACTEURS DE RISQUE		Non	Oui	DECISION
Age : inférieur à 15 ans	☐	☐	➡	**
supérieur à 35 ans	☐	☐	➡	*
Parité : nulipare	☐	☐	➡	**
Plus de 5	☐	☐	➡	*
Un antécédent de mort né	☐	☐	➡	****
Un accouchement prématuré	☐	☐	➡	*
2 avortements du 2ème trimestre	☐	☐	➡	****
Une césarienne	☐	☐	➡	***
Accouchement précédent compliqué	☐	☐	➡	***
Taille ____ cm (inférieur à 150 cm ?)	☐	☐	➡	**
Poids du début { moins de 40 kg	☐	☐	➡	*
de grossesse { plus de 80 kg	☐	☐	➡	*
Malformation visible du bassin	☐	☐	➡	**
Maladies chroniques (T.B.C., H.T.A., Diabète, Cardiopathies ...)	☐	☐	➡	****

Cocher les risques dépistés, consulter les fiches techniques et entourer la décision prise :

* SURVEILLANCE INTENSIVE de la grossesse normale au CS.

** PELVIMETRIE et référer à la 36ème semaine si besoin.

*** REFERER A L'HOPITAL à la 36ème semaine.

**** CPN A L'HOPITAL D'EMBLEE.

Si la femme cumule plusieurs risques, choisir la décision indiquée avec le plus d'étoiles.

Annexe 2 : cadre analytique de Dujardin *et al.* , 2014

Tableau 2.1 : Schéma analytique de Dujardin *et al.*, 2014 (identification des déterminants des sous-composantes)

Comprtement des patientes		Meilleure utilisation des services de santé maternelle			Meilleur diagnostic des problèmes de santé			Meilleure référence des problèmes de santé		
Une meilleure perception des problèmes de santé	Une motivation plus élevée	Absence de contraintes socio-culturelles	Ressources suffisantes	Meilleure organisation des services de santé	Toutes les patientes sont examinées selon la stratégie prévue	La qualité de l'examen s'améliore	La sensibilité atteint la valeur de référence	Meilleure qualité de la référence	Amélioration de l'acceptabilité de la référence	Plus grande efficacité technique de la référence
Comportements culturels favorables	Expérience précédente satisfaisante pour la patiente	Charge de travail pas trop élevée	La part du revenu familial	Services plus accessibles: décentralisés, heures d'ouverture adaptées, file d'attente moindre	Meilleure organisation des services	Meilleure motivation du personnel	<u>Difficultés :</u>	Les stratégies sont mieux respectées	Meilleur contact entre le personnel et la patiente	Choix des critères de référence (ou du score de risque) les plus efficaces
Autonomisation des femmes (niveau d'éducation, statut social, pouvoir décisionnel)	Expérience positive des voisins, de la famille élargie	Meilleur statut de la femme (famille et communauté)	consacrée à la santé permet	Meilleur dialogue avec les patientes et la communauté	La pertinence des stratégies est améliorée	Meilleure supervision sur le terrain	Quelle est cette valeur de référence	Meilleure motivation et meilleure compétence du personnel	Meilleur comportement:	<u>Difficultés:</u>
Présence d'antécédents personnels et meilleure connaissance des facteurs de risque et morbidité	Problème de santé reconnu comme grave et exempt d'interdits culturels et de honte	Pas de contraintes venant du conjoint, des parents, de la communauté	de couvrir les coûts directs, indirects et intangibles	Services plus efficaces	Les stratégies sont mieux respectées	Amélioration de la compétence du personnel	Variabilité due aux petits nombres	La pertinence des stratégies est améliorée	meilleure perception par la patiente de l'importance du risque et plus grande motivation pour le recours à l'hôpital	Relation inverse entre d'une part sensibilité et taux de référence et d'autre part la valeur prédictive positive

Comportement des patientes		Meilleure utilisation des services de santé maternelle			Meilleur diagnostic des problèmes de santé			Meilleure référence des problèmes de santé		
Une meilleure perception des problèmes de santé	Une motivation plus élevée	Absence de contraintes socio-culturelles	Ressources suffisantes	Meilleure organisation des services de santé	Toutes les patientes sont examinées selon la stratégie prévue	La qualité de l'examen s'améliore	La sensibilité atteint la valeur de référence	Meilleure qualité de la référence	Amélioration de l'acceptabilité de la référence	Plus grande efficacité technique de la référence

Source : Dujardin *et al.*, 2014

Annexe 3.1 : Questionnaire-femme à l'ESD-SR de 2002

Gouvernement du
Burundi

ENQUETE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE DE LA REPRODUCTION
Bulletin individuel (Femmes de 14 ans et plus)

FNUAP
Fonds des Nations
Unies pour la
Population

Province Commune

Colline Sous-colline

Rug'o Ménage Personne

Nom, Prénom

7 - Scolarisation

Va à l'école	Ne va plus à l'école	N'est jamais allée à l'école
1 ☐	2 ☐	3 ☐
Primaire 1 ☐	Trop âgée 4 ☐	
Secondaire 2 ☐	Crise 5 ☐	Crise 5 ☐
Supérieur 3 ☐	Opposition des parents 6 ☐	Opposition des parents 6 ☐
	Raisons financières 7 ☐	Raisons financières 7 ☐
	Autre 8 ☐	Autre 8 ☐
trajet (en mn)	préciser	préciser

1 - Sexe ☒ Masculin ☐ Féminin

2 - Date de naissance Age

jour mois année

3 - Lieu de naissance

Province

en clair

Commune

en clair

Pays

si hors du Burundi

8 - Niveau d'instruction

Sans instruction 1 ☐	Secondaire incomplet 5 ☐
Yaga Mukama 2 ☐	Secondaire complet 6 ☐
Primaire incomplet 3 ☐	Supérieur 7 ☐
Primaire complet 4 ☐	

4 - Situation de famille

Situation de fait

Vit en couple 1 ☐ Ne vit pas en couple 2 ☐

Etat matrimonial

	Année de mariage	Année de rupture
Célibataire 1 ☐		
Mariée 2 ☐		
Veuve 3 ☐		
Divorcée 4 ☐		

Votre mari a-t-il plusieurs femmes ? Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Si oui, combien a-t-il d'autres femmes ?

9 - Nombre de frères et sœurs vivant au Burundi aujourd'hui

10 - Quelle est la situation de vos parents ?

	Année de naissance	En vie		Décédé	
		An Burundi	Hors Burundi	Cause du décès*	Année du décès
Père		1 ☐	2 ☐		
Mère		1 ☐	2 ☐		

5 - Nationalité

Burundaise 1 ☐	Autre, africaine 5 ☐
Rwandaise 2 ☐	Autre, asiatique 6 ☐
Congolaise 3 ☐	Autre 7 ☐
Tanzanienne 4 ☐	Non déclarée 8 ☐

11 - Quelle est la situation de vos enfants ?

Année de naissance	En vie		Décédé		Cocher, si l'enfant a des enfants vivant aujourd'hui au Burundi
	An Burundi	Hors Burundi	Année décès	Cause décès*	
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐
	1 ☐	2 ☐			☐

6 - Religion

Catholique 1 ☐	Autre 4 ☐
Protestante 2 ☐	
Musulmane 3 ☐	préciser

12 - Combien d'enfants voulez-vous ?

Nombre de naissances vivantes déjà eues		Nombre d'enfants supplémentaires souhaités*			Total
M	F	M	F	Indifférent	

*crise = 3, accident = 4, SIDA = 5, autre maladie = 6.

*Comprend l'un des deux sexes en cours

13 - Lieux de résidence depuis le 1^{er} Janvier 1993

N°	Lieu de résidence Province et Commune si la résidence est au Burundi ou Pays si elle est hors du Burundi*	Type de résidence			Année de départ	Assistance au déplacement			Partie				Raison du déplacement	
		Perma- nente	Centre de déplacés ou de réfugiés	Autre		Pas d'assis- tance	HCR	Autre	Seule	Avec une partie de son ménage	Avec tout son ménage	Avec plusieurs ménages	Crise	Autre (préciser)
1	 commune ou pays	1 ☐	2 ☐	3 ☐		1 ☐	2 ☐	3 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	1 ☐	2 ☐
2	 commune ou pays	1 ☐	2 ☐	3 ☐		1 ☐	2 ☐	3 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	1 ☐	2 ☐
3	 commune ou pays	1 ☐	2 ☐	3 ☐		1 ☐	2 ☐	3 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	1 ☐	2 ☐
4	 commune ou pays	1 ☐	2 ☐	3 ☐		1 ☐	2 ☐	3 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	1 ☐	2 ☐
5	 commune ou pays	1 ☐	2 ☐	3 ☐		1 ☐	2 ☐	3 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	1 ☐	2 ☐
6	 commune ou pays	1 ☐	2 ☐	3 ☐		1 ☐	2 ☐	3 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	1 ☐	2 ☐

*Si la résidence est située dans un pays étranger ne remplir que les deux dernières cases avec le code du pays.

14 - Avez vous l'intention de partir ?

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

Pourquoi ?

Insécurité..... 1 ☐

Restauration de

la sécurité*..... 2 ☐

Recherche emploi... 3 ☐

Recherche terre..... 4 ☐

Autre..... 5 ☐

préciser

* dans le lieu de la destination souhaitée

Se trouve bien 6 ☐

Ne sait pas

où aller..... 7 ☐

Non restauration

de la sécurité*. 8 ☐

Autre..... 5 ☐

préciser

15 - Si oui, Où voulez vous aller ?

préciser

province

commune

16 - Statut d'occupation

Salariée permanente 1 ☐

Indépendante 2 ☐

Aide familiale 3 ☐

Sans travail (en recherche) 4 ☐

Salariée temporaire 5 ☐

Femme au foyer 6 ☐

Elève, étudiante 8 ☐

Retraitée 9 ☐

Sans travail (n'en recherche pas) 10 ☐

Autre 11 ☐

17 - Secteur d'activité (si il y a lieu)

Agriculture 1 ☐

Industrie, mines 2 ☐

Commerce 3 ☐

Artisanat 4 ☐

Services 5 ☐

18 - Catégorie socio-professionnelle

19 - Sources de revenus

Autosubsistance

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

Travail rémunéré

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

Pension

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

Assistance humanitaire

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

A charge d'une ou plusieurs personnes :

Du même ménage

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

D'un autre ménage du rugo

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

Hors du rugo

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

Autre

préciser

20 - Avez vous entendu parler du SIDA ?

Oui 1 ☐

Non 2 ☐

21- Connaissez vous un malade du SIDA dans votre

entourage ? Oui 1 ☐

Non 2 ☐

22 - A quels signes reconnaissez vous une personne atteinte par le SIDA ?

Diarhée 1 ☐

Maigrissement 2 ☐

Cheveux défrisés 3 ☐

Toux chronique 4 ☐

Infections répétées 5 ☐

Ne sait pas 6 ☐

Autre 7 ☐

préciser

23 - Comment éviter de contracter cette maladie ?

Fidélité 1 ☐

Abstinence 2 ☐

Préservatif 3 ☐

Autre 4 ☐

préciser

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Province	Commune	Colline	Sous-Colline	Rug	Ménage	Personne

1

CONTRACEPTION

Code	Méthodes pour éviter une grossesse	Avez-vous entendu parler de cette méthode ?		Avez-vous déjà utilisé cette méthode ?	
		Oui	Non	Oui	Non
1	PILULE – La femme prend une pilule chaque jour	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
2	STERILET – La femme a un objet en forme de T introduit par un médecin ou un infirmier	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
3	INJECTIONS – La femme reçoit une injection d'un docteur ou d'un infirmier qui l'empêche d'être enceinte pendant plusieurs mois	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
4	SPERMICIDES – La femme la place à l'intérieur avant un rapport sexuel	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
5	PRESERVATIF MASCULIN – L'homme utilise une capote de caoutchouc pendant le rapport sexuel	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
6	CONTINENCE PERIODIQUE OU CONTRACEPTION UNIQUEMENT PENDANT LA PERIODE SUPPOSEE FECONDE – Le couple évite d'avoir des rapports sexuels non protégés par une autre méthode pendant la période supposée féconde	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
7	RETRAIT – L'homme se retire avant l'éjaculation	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
8	STERILISATION FEMININE – La femme a subi une opération pour éviter d'avoir des grossesses	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
9	STERILISATION MASCULINE – L'homme a subi une opération pour éviter d'avoir des enfants	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐
10	AUTRE METHODE – indiquer en clair	1 ☐	2 ☐	1 ☐	2 ☐

2 - Utilisez-vous actuellement une méthode ?

Une méthode 1 ☐ Plusieurs méthodes 2 ☐

3 - Si une ou plusieurs méthodes, laquelle ou lesquelles ?

☐	☐	☐	☐
A	B	C	D
méthodes utilisées			

4 - Où avez-vous obtenu ces méthodes ?

Méthodes utilisées	A	B	C	D
Centre de santé	☐	☐	☐	☐
Lieu de travail	☐	☐	☐	☐
Commerce	☐	☐	☐	☐
Association	☐	☐	☐	☐
Distribution à base communautaire	☐	☐	☐	☐
Sans objet	☐	☐	☐	☐

Aucune méthode 3 ☐

5 - Si aucune méthode, êtes-vous dans une de ces situations ?

Stérile	Oui 1 ☐	Non 2 ☐
Pas de rapport sexuel	Oui 1 ☐	Non 2 ☐
Enceinte	Oui 1 ☐	Non 2 ☐
Veut un enfant	Oui 1 ☐	Non 2 ☐
Ne trouve pas de contraceptif	Oui 1 ☐	Non 2 ☐
Ne trouve plus de contraceptif	Oui 1 ☐	Non 2 ☐
Autre raison	_____ préciser	

6 - Vous est-il arrivé de chercher un contraceptif et de ne pas le trouver au cours des 6 derniers mois ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

7 - Pensez-vous que le risque pour une femme d'être enceinte

S'accroît au cours de l'allaitement	1 ☐
Diminue au cours de l'allaitement ?	2 ☐
Ne sait pas	3 ☐

GROSSESSES

8 - Avez-vous déjà été enceinte ?

Oui 1 ☐Non 2 ☐

Si oui, remplir le tableau suivant (questions 9 et 10) :

9 - Indiquer pour chaque grossesse, l'issue, en cochant la case qui convient dans une des quatre colonnes, et l'année et le mois de cette issue							10 - Indiquer maintenant pour chaque enfant né vivant le sexe de l'enfant, la date de son décès s'il est décédé, et la date de son départ s'il est survivant et parti.					
N°	Issue				Date		Sexe		Est-il décédé ?		Est-il toujours dans le ménage ?	
	Naissance vivante	Mort-né	Fausse couche	Avortement provoqué	Mois	Année	G	F	Oui	Non	Oui	Non
1	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
2	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
3	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
4	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
5	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
6	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
7	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
8	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
9	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
10	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
11	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
12	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	☐ ☐	☐ ☐	1 ☐	2 ☐	1 ☐ Année décès ☐ ☐	2 ☐	1 ☐	☐ * Année départ ☐ ☐
Total	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	Total général ☐ ☐				☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

* Inscrire 2, si hors du ménage mais dans le rugo, inscrire 3, si hors du rugo.

Si vous avez accouché au moins une fois

11 - Où avez-vous accouché la dernière fois ?

A domicile 1 ☐

Dans un établissement de santé ☒

Centre de santé public 2 ☐

Centre de santé privé 3 ☐

Hôpital public 4 ☐

Clinique privée 5 ☐

Autre 6 ☐

_____ préciser

Si accouchement à domicile

12 - Pourquoi avez-vous accouché à domicile ?

Trop cher 1 ☐

Problème d'accessibilité ☒

Formation sanitaire non adaptée 2 ☐

Pas de formation sanitaire proche 3 ☐

Insécurité 4 ☐

Autre 5 ☐

_____ préciser

13 - Qui vous a assisté ?

Médecin 1 ☐ Autre 5 ☐

Accoucheuse traditionnelle 2 ☐

Infirmier(e) 3 ☐ _____ préciser

Quelqu'un d'autre 4 ☐ Aucune assistance 6 ☐

Si assistée à domicile par une accoucheuse traditionnelle

14 - L'accoucheuse vous a-t-elle conseillé d'accoucher dans une formation sanitaire ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

15 - Avez-vous subi une césarienne ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

16 - La naissance a-t-elle eu lieu avant terme ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

17 - Avez-vous allaité ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Si oui

18 - Durée d'allaitement _____

Durée en mois

19 - Durée d'allaitement exclusif _____

Durée en mois

20 - Etes-vous allée à une consultation post-natale après votre dernier accouchement ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Si oui

21 - Combien de temps après l'accouchement ? _____

Durée en jours

Si non,

22 - Pourquoi ?

N'en voit pas l'intérêt 1 ☐

N'avait pas le temps 2 ☐

Problème d'accessibilité ☒

Formation sanitaire non adaptée 3 ☐

Pas de formation sanitaire proche 4 ☐

Insécurité 5 ☐

La visite est trop chère 6 ☐

Autre 7 ☐

_____ préciser

23 - Etes-vous actuellement enceinte ?

Oui 1 ☐ _____ Durée de gestation en mois

Non 2 ☐

24 - Au moment où vous êtes devenue enceinte, vouliez-vous l'être ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Si non,

25 - Auriez-vous voulu l'être plus tard ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐

26 - Combien de visites prénatales avez-vous faites au cours de la dernière grossesse ?

1 visite 1 ☐ 3 visites ou plus 3 ☐

2 visites 2 ☐ aucune visite 4 ☐

Si aucune visite,

27 - Pourquoi ?

N'en voit pas l'intérêt 1 ☐

N'avait pas le temps 2 ☐

Problème d'accessibilité ☒

Formation sanitaire non adaptée 3 ☐

Pas de formation sanitaire proche 4 ☐

Insécurité 5 ☐

Le mari ne veut pas 6 ☐

La visite est trop chère 7 ☐

Autre 8 ☐

_____ préciser

Si une ou plusieurs visites,

28 - A quelle durée de grossesse a eu lieu la première visite ? _____

mois de grossesse

29 - Est-ce que l'accoucheuse traditionnelle vous a conseillé d'aller faire des visites pour consultation prénatale ? Oui 1 ☐ Non 2 ☐

30 - L'enfant éventuellement né de cette dernière grossesse a-t-il vécu plus d'un an ?

Oui 1 ☐ Non 2 ☐ Est vivant mais n'a pas encore 1 an 3 ☐

Si non,

31 - A quel âge est-il décédé ?

Avant 1 jour 1 ☐ Entre 1 semaine et 1 mois 3 ☐

VIOLENCES

32 - Connaissez-vous dans votre entourage des cas de violences subies par les femmes ? Oui 1 ☐ Non 2 ☐

33 - Si oui, Quelles violences ?

Femme battue Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Femme privée de liberté Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Femme privée de biens Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Violences psychologiques Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Violences sexuelles Oui 1 ☐ Non 2 ☐ Si violences sexuelles, Viol

Si oui, par qui ? _____

préciser

34 - Vous-même, avez-vous subi des violences ? Oui 1 ☐ Non 2 ☐

35 - Si oui, Quelles violences ? Chaque ligne du tableau correspond à une période de la vie de la femme au cours de laquelle elle a subi un type de violence donné. Si au cours de la même période de vie la femme a subi 3 types de violences, on aura donc 3 lignes pour la même période, une pour chaque type de violence.

Période de la vie <i>Inscrire :</i> - 1 si enfance. - 2 si adolescence. - 3 si âge adulte avant mariage. - 4 si âge adulte pendant la vie de mariée. - 5 si âge adulte après décès ou départ du mari.	Type de violences <i>Inscrire :</i> - 1 si battue. - 2 si privée de liberté. - 3 si privée de biens. - 4 si violences psychologiques. - 5 si violences sexuelles (viol excepté). - 6 si viol.	Contexte des violences subies <i>Inscrire :</i> - 1 si crise. - 2 si vie quotidienne.	Par qui ? <i>Préciser en clair</i>	Fréquence ? <i>Inscrire :</i> - 1 si une fois. - 2 si plusieurs fois. - 3 si régulièrement	En avez vous parlé après ?	A qui ? <i>Préciser en clair</i>
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____
☐	☐	☐	_____	☐	Oui 1 ☐ Non 2 ☐	_____

36- Avez vous consenti à des pratiques sexuelles par nécessité ? Oui 1 ☐ Non 2 ☐

Remarques de l'enquêtrice :

Annexe 3.2 : Questionnaire-femme à l'EDS de 2010, « section grossesse et soins postnatals »

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2005 OU PLUS TARD ☐ AUCUNE NAISSANCE EN 2005 OU PLUS TARD ☐ → 556			
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2005 (1) OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois). Nagira ubu naho tuyage kuvyerekeye abana wibarutse muri iyi myaka itanu iheze. Tuza kuvugana ku mwana umwe umwe.			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIERE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS.	AVANT-DERNIERE NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS.	AVANT-AVANT DER. NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS.
404	A PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM VIVANT ☐ DÉCÉ DÉ ☐	NOM VIVANT ☐ DÉCÉ DÉ ☐	NOM VIVANT ☐ DÉCÉ DÉ ☐
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là? Igihe mwasama imbanyi ya (Naka), mwoba mwaravyipfuzwa?	OUI 1 (PASSEZ A 408) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ A 430) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ A 430) ← NON 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ? Ico gihe mwoba mwaripfuzwa kuzovyara umwana mu bihe biri imbere canke ntavyo mwipfuzwa?	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ A 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ A 430) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ A 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ? Nimba mwaripfuzwa uyundi mwana, mwipfuzwa kurindira igihe (mu mezi canke mu myaka) kingana gute?	MOIS ... 1 ANNÉES ... 2 NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 ANNÉES ... 2 NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 ANNÉES ... 2 NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ? Mbega mwoba mwaragiye gupimisha iyo mbanyi?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ? Ni nde yagupimye? Quelqu'un d'autre ? Ntawundi? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIERE/ SAGE-FEMME B AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE E AUTRE X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM _____
410	Où avez-vous reçu les soins prénataux pour cette naissance ? Ni hehe mwapimishije iyo mbanyi? Pas d'autre endroit ? Ntahandi? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON A AUTRE MAISON B SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. C CENTRE DE SANTÉ GOUVT. D AUTRE SECTEUR PUBLIC E _____ (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ G _____ (PRÉCISEZ) AUTRE X _____ (PRÉCISEZ)		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ? Igihe mwaja gupimisha iyo mbanyi ubwa mbere, yari ifise amezi angahe?	MOIS ... NE SAIT PAS 98		
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ? Igihe mwari mufise iyo mbanyi, mwagiye kwipimisha kangahe?	NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS 98		
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois : Igihe mwaja gupimisha iyo mbanyi: Vous a-t-on pris la tension ? - barabafashe igipimo c'umurindi w'amaraso? Vous a-t-on prélevé de l'urine ? - mwoba mwaratanze umukoyo/ umwanda muto? Vous a-t-on prélevé du sang ? - barabafashe amaraso?	OUI NON TENSION ... 1 2 URINE 1 2 SANG ... 1 2		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ? Hoba hari umusi mwagiye gupimisha imbanyi bagaheza bakabigisha ibimenyetso vyokwerekana/vyokuburira ingorane zijanye n'imbanyi?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ? (3) Igihe mwari mwibungaze, hari urushinge babateye ku kuboko kugira bakingire umwana ingwara ya tetanos bita Rudadaza?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 418) ← NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ? Mbega icyo gihe babateye inshingira zikingira Rudadaza incuro zingaha?	FOIS NE SAIT PAS 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS ☐ AUTRE ☐ (PASSEZ A 421)		
418	A n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ? Imbere y'icyo mbanyi, nta kindi gihe boba baraguteye bene urwo rushinge?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 421) ← NE SAIT PAS 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? Imbere y'uko mwibungenga icyo mbanyi, mwaronse urwo rucanco kangahe? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS NE SAIT PAS 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ? Hacye imyaka ingaha muronse urucanco rwa nyuma, imbere y'uko mwibungenga icyo mbanyi?	IL Y A ANNÉES ...		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM _____
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? Igihe mwari mufise iyo mbanyi, boba barabahaye canke mwaraguze ivyunyunyu vyongereza amaraso? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? Ico gihe mwabifashe imisi ingahe? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ? Igihe mwari mufise iyo mbanyi, hari imiti y'inzoka mwoba mwarafashe?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ? Igihe mwari mufise iyo mbanyi, hari imiti yo kwikingira ingwara ya malaria mwafashe?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 430) ← NE SAIT PAS 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? Mwafashe imiti iyihe? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS A L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z		
426	VÉRIFIEZ 425 : SP/FANSIDAR PRIS A TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A' CODE ☐ ENCERCLÉ A' NON ☐ ENCLERCLÉ (PASSEZ A 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ? Mwafashe ibinini vya Fansidar incuru zingahe?	FOIS		
428	VÉRIFIEZ 409 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A', AUTRE ☐ OU 'B' ENCLERCLÉ ☐ (PASSEZ A 430) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM _____
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ? Iryo binini vya Fansidar, mwabironse mugye gusuzumisha imbanyi? Mwabironse kwa muganga mugye kuzindi mvo canke mwabikuye ahandi hantu?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE ENDROIT 6		
430	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ? Igihe (naka) yavuka, yari adoshe cane, yari adoshe bisanzwe, yari agereranye, yari mutomuto canke yari kanzirigiya?	TRES GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRES PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRES GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRES PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRES GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRES PETIT 5 NE SAIT PAS 8
431	(NOM) a-t-il /elle été pesé à la naissance ? (Naka) igihe yavuka, baramupimye ibiro?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 433) ← NE SAIT PAS 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ? Yapima ibiro bingahe? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES A PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 . KG DE MÉMOIRE 2 . NE SAIT PAS 99.998	KG DU CARNET 1 . KG DE MÉMOIRE 2 . NE SAIT PAS 99.998	KG DU CARNET 1 . KG DE MÉMOIRE 2 . NE SAIT PAS 99.998
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Igihe naka yavuka, ni nde yabakiriye? Quelqu'un d'autre ? Ntawundi? INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. D AMI/PARENTS ... E AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. D AMI/PARENTS ... E AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. D AMI/PARENTS ... E AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ? Mwibarukiye he (Naka)? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26 SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVE _____ (PRÉCISEZ) 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26 SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVE _____ (PRÉCISEZ) 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26 SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVE _____ (PRÉCISEZ) 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ? Igihe (naka) yavuka, boba barinze kubabaga?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
436	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ? Muhejeje kwibaruka (naka), boba barasuzumye amagara yanyu mukiri mu bitaro?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2		
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ? Mumaze gusohoka ibitaro, mwoba mwarasuzumishije amagara yanyu?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2 (PASSEZ À 446) ←		
438	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ? Muhejeje kwibaruka (naka), hari uwoba yarasuzumye amagara yanyu?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 442) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM _____												
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? Ni nde yasuzumye amagara yanyu ico gihe? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIERE/SAGE FEMME 12 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)														
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? Wisuzumishije haciye umwanya ungana gute inyuma y'uko uvayaye? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														
441	VÉRIFIEZ 437 :	OUI PAS POSÉ ☐ ☐ (PASSEZ À 446)														
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ? Mu mezi abiri yakurikiye ivuka rya (naka), hari umuganga canke umwakirizi wo mu kirundi yoba yarasuzumye amagara yiwe?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS 8														
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ? Igihe (naka) avuka, yasuzumwe ubwa mbere haheze amasaha angahe, iminsi ingahe canke indwi zingahe? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JRS APRES NAIS. .. 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEM.APRES NAIS. .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM _____
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? (2) Muri ico gihe, ni nde yasuzumye (Naka)? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE FEMME 12 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)		
445	Où ce premier examen de (NOM) a- t-il eu lieu ? (2) Bamusuzumiye he? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCEIN- CLEZ LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ DÉTER- MINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	MAISON VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISEZ)		
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci)? Mu mezi abiri yambere yakwiriye ivuka rya (naka), hari amama ya vitamine A mwaronse nk'aya? MONTREZ DES MODELES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ? (Naka) amaze kuvuka, mwoba mwarasubiye kuja mu butinyanka?	OUI 1 (PASSEZ A 449) ← NON 2 (PASSEZ A 450) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM _____
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ? (Naka) amaze kuvuka, mwaragiye mu butinyanka imbere yuko musama inda ikwirikira?		OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 452) ← NAISSANCE MULTIPLE 3 (PASSEZ A 452) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 452) ← NAISSANCE MULTIPLE 3 (PASSEZ A 452) ←
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ? (Naka) amaze kuvuka, haheze amezi angaha mudasubiye mu butinyanka?	MOIS ... NE SAIT PAS 98	MOIS ... NE SAIT PAS 98	MOIS ... NE SAIT PAS 98
450	VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS ENCEINTE ☐ OU ☐ ENCEINTE PAS SÛRE ☐ (PASSEZ A 452) ←		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ? Kuva (Naka) avutse, mwarasubiye kurangura amabanga mpuzabitsina?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 453) ←		
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ? Kuva (Naka) avutse, mwamaze amezi angaha mutaranguye amabanga mpuzabitsina?	MOIS ... NE SAIT PAS 98		
453	Avez-vous allaité (NOM) ? Mwaronkeje (Naka)?	OUI 1 (PASSEZ A 455) ← NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐ (PASSEZ A 460) (RETOURNEZ A 405 A LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ A 501)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? (Naka) avutse, mwatanguye kumushira kw'ibere haciye umwanya ungana iki? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 JOURS 2		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIERE NAISSANCE NOM _____
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ? Mu misi itatu yambere (Naka) amaze kuvuka, hari ikindi kintu co kunywa mwamuhaye kiretse ibere?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ A 458) ←		
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ? Mwamuhaye iki? Rien d'autre ? Ntakindi? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE ET SUCRÉ E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
458	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNEZ A 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ A 501)	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNEZ A 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ A 501)	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNEZ A 405 À L'AVANT-DERNIERE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ A 501)
459	Allaitez-vous encore (NOM) ? (Naka) araconka?	OUI 1 NON 2		
460	A-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ? (Naka) hari ikintu yanywereye mu nkongoro y'umwana ejo canke mw'ijoro ryakeye?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
461		(RETOURNEZ A 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ A 501)	(RETOURNEZ A 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ A 501)	(RETOURNEZ A 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ A 501)

Annexe 3.3 : Résultats multivariés du non-recours aux soins postnataux selon qu'on inclue ou non les femmes qui consultent à 0h après accouchement selon l'EDS de 2010 (**= p <0,001 ; *= p<0,05 et * = p< 0,10)

Tableau 3.11.a : Consultation postnatale de 0h à 42 jours après accouchement

Variables	Pays (N= 4960)		Rural (N= 4532)		Urbain (N= 429)	
	N	OR	N	OR	N	OR
Age de la femme à la naissance						
20-24 ans (R)	1290		1190		100	
<20 ans	323	1,23	278	1,28	45	0,76
25-29 ans	1315	1,06	1197	1,07	118	0,76
30-34 ans	852	0,98	757	1,02	95	0,61
35 ans +	1180	1,15	1110	1,14	70	1,27
Rang de naissance						
Primipares (R)	927		814		113	
Multipares	4032	1,95***	3718	2,08***	315	0,96
Etat matrimonial						
En union (R)	4434		4082		352	
Pas en union	526	1,10	450	1,12	76	0,87
Milieu de résidence						
Milieu urbain (R)	428					
Milieu rural	4532	1,44**				
Instruction de la femme						
sans	2602	1,65***	2520	1,52***	sans: 81	3,29***
prim. inc.	1344	1,28**	1238	1,16	prim : 178	1,93**
primaire et + (R)	1014		773		sec. +: 169	
Religion de la femme						
Catholiques (R)	3029		2841		188	
protestantes	1547	1,16*	1378	1,15*	170	1,20
musulmanes	378	1,94	308	1,43**	70	0,52**
Niveau de vie du ménage						
bas	1807	1,38***	1761	1,32**	38	1,68
moyen	1721	1,31**	1646	1,22**	75	2,78**
Elevé (R)	1406		1094		312	
Taille du ménage						
<= 4 pers. (R)	1759		1660		99	
> de 4 pers.	3201	0,99	2871	1,01	330	0,81

Source : EDS de 2010 au Burundi

Tableau 3.11.b : Consultation de 1 h à 42 jours après accouchement

Variables	Pays (N= 4829)		Rural (N= 4422)		Urbain (N= 408)	
	N	OR	N	OR	N	OR
Age de la femme à la naissance						
20-24 ans (R)	1250		1190		100	
<20 ans	315	1,20	278	1,24	45	0,83
25-29 ans	1274	1,09	1197	1,10	118	0,81
30-34 ans	826	1,04	757	1,01	95	0,63
35 ans +	1155	1,16	1110	1,15	70	1,25
Rang de naissance						
Primipares (R)	891		814		113	
Multipares	3938	1,90***	3718	2,00***	315	1,07
Etat matrimonial						
En union (R)	4321		4082		352	
Pas en union	508	1,13	450	1,14	76	0,96
Milieu de résidence						
Milieu urbain (R)	428					
Milieu rural	4532	1,39***				
Instruction de la femme						
sans	2602	1,65***	2520	1,51***	sans: 81	3,60***
prim. inc.	1344	1,28**	1238	1,16	prim : 178	1,84**
primaire et + (R)	1014		773		sec. +: 169	
Religion de la femme						
Catholiques (R)	3029		2841		188	
protestantes	1547	1,15*	1378	1,14*	170	1,19
musulmanes	378	1,19	308	1,40**	70	0,54**
Niveau de vie du ménage						
bas	1807	1,37***	1761	1,32**	38	1,54
moyen	1721	1,29**	1646	1,21**	75	2,78**
Elevé (R)	1406		1094		312	
Taille du ménage						
<= 4 pers. (R)	1759		1660		99	
> de 4 pers.	3201	0,93	2871	1,01	330	0,95

Annexe 3.4 : Grille d'entretien à l'enquête qualitative de 2011

DEBUT DE L'ENTRETIEN

Salutation

Présentation de l'enquêtrice

Brève explication de l'objectif de l'entretien, pourquoi le choix s'est porté sur elle et pas une autre personne

Expliquer la méthode de travail : garantie de l'anonymat et de la confidentialité, possibilité de nom réponse, enregistrement de l'entretien,

Avoir l'accord de la personne

A. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTÉE ET SON HISTOIRE GÉNÉSIQUE

1. Pouvez-vous vous présenter ?

- En quelle année et où êtes-vous né ?
- Avez-vous été à l'école ? Si oui quelle est votre niveau d'instruction ?
- Combien de grossesses avez-vous déjà eu ? Sont-elles toutes arrivées à terme ?
- Quel est le rang de x1 et x2 dans la fratrie ?
- Quelle est la date de naissance (ou âge) de **x1** et **x2** ?
- Quelle était votre situation matrimoniale quand vous étiez enceinte de **x1** ?
- Où résidiez-vous ?
- Vous exerciez quelle profession ?
- **Reprendre les 3 précédentes question pour x2**
- Combien de temps faut-il pour atteindre une structure de soins la plus proche qui pratique l'accouchement ?

2. Pouvez-vous me raconter comment s'est passé votre 1^{ère} grossesse ¹⁰⁰? (*si x1 n'est pas de rang 1*) (*évolution de la grossesse, éventuelles complications, ce qu'on a fait pour veiller à sa santé et celle de l'enfant, etc.*)

3. Pouvez-vous me raconter le vécu de la grossesse et de l'accouchement de x1 (*si x1 n'est pas de rang 1*) et de x2 ?

- Qu'est ce qui a changé dans votre comportement mais aussi dans votre perception par rapport à la première grossesse ?

B. MOTIVATION DU RECOURS OU NON AUX SOINS MODERNES

PARLONS de x1 :

4. Avez-vous été aux CPN au cours de la grossesse de x1?

Eventuelles questions de relance selon la réponse donnée :

Si CPN :

- Dans quelle formation sanitaire avez-vous fait la CPN ? Pourquoi avez-vous choisi cette formation ?
- Qui vous a examiné ?

¹⁰⁰ On sait que le comportement des primigestes est différent des multigestes. Or, vu les critères de sélection de l'échantillon, on a peu de chance d'avoir des primigestes dans notre échantillon. Cette question permet de tester la différence de comportements selon le rang de la grossesse

- Racontez-moi ce qui se passe en CPN ? combien de CPN et à quelle durée de la grossesse ? types de soins, de conseils, temps d'attente, temps de consultation, etc.
- En général c'est à quelle durée de la grossesse que vous faites votre 1^{ère} CPN ? pourquoi à cette période ?
- Pensez-vous que les CPN sont utiles ? Pourquoi ?

Si pas CPN :

- plusieurs femmes ne vont pas en CPN et vous ? pourquoi n'allez-vous pas en CPN ? Que faites-vous pour veiller à votre santé et celle de votre enfant ?
- Pensez-vous que les CPN sont utiles ? Si non pourquoi ? Si oui quelles sont les raisons qui ont fait que vous ne le faites pas ?

5. Parlons maintenant de la naissance de **x₁** ?

Eventuelles questions de relance selon les réponses :

Si accouchement dans une formation sanitaire :

- Pourquoi avez-vous préféré accoucher dans cette formation sanitaire ? Avez-vous accouché dans une formation prévue ?
- Pouvez-vous me raconter en détail ce qui s'est passé entre le début du travail et l'accouchement ? (*temps écoulé entre le début du travail et l'arrivée à une formation sanitaire ? temps d'attente avant d'être reçu ? Qui vous a assistée ? éventuelles complications et leur prise en charge*)
- Avez-vous senti que votre intimité est respectée ? Pouvez-vous expliquer votre sentiment ?
- Quelles sont les produits que vous avez achetés hors de l'hôpital ?
- Quel est le coût total du traitement reçu à l'hôpital ?
- Comment avez-vous payé la facture de soins ?

Si accouchement à domicile :

- Pourquoi avez-vous préféré accoucher à domicile ?
- Qui vous a assisté ? Et pourquoi telle personne ?
- Pouvez-vous me raconter en détail ce qui s'est passé entre le début du travail et l'accouchement ?

Si CPN et accouchement à domicile :

- Si j'ai bien compris vous m'avez dit que vous avez fait une CPN au cours de la grossesse, pourquoi alors avez-vous choisi d'accoucher à domicile ? Avez-vous prévu d'accoucher à domicile ?

Si sans CPN mais accouchement en structure de santé :

- Pourquoi avez-vous choisi d'accoucher dans une formation sanitaire ? Avez-vous prévu d'accoucher dans une formation sanitaire ?

6. Après l'accouchement de **x₁**, êtes-vous allé en consultation ?

Eventuelles questions de relance :

Si Consultation postnatale :

- pour quels motifs êtes-vous allée en consultation postnatale ? Combien de temps après l'accouchement ?
- Vous a-t-on parlé de consultations postnatales ? Qui et Quand ?

- Pensez-vous que c'est nécessaire surtout quand on n'a pas eu de complication lors de l'accouchement ?

Si pas de Consultation postnatale :

- Pourquoi n'êtes-vous pas allée consulter après l'accouchement ?
- Vous a-t-on parlé de consultations postnatales ? Qui et Quand ?
- Pensez-vous que c'est nécessaire surtout quand on n'a pas eu de complication lors de l'accouchement ?

ON REVIENT A LA NAISSANCE DE X2 ET ON POSE LES MÊMES QUESTIONS QUE POUR X1

.....

C. RELATION HUMAINE SOIGNANT-SOIGNÉE ET SUGGESTION

7. Quand vous allez en CPN, racontez-moi comment ça se passe ? *Les jours de consultation ? Le temps d'attente ? Le temps de consultation ? Types de soins ? Il vous arrive de poser des questions ? Si oui lesquelles ? L'agent de santé s'est-il intéressé à votre préoccupation ? Etes-vous satisfaite ? Sinon, pourquoi ?*

8. Comment appréciez-vous l'attitude des soignants modernes (*sages-femmes, infirmiers, etc.*) envers vous quand vous allez en consultation ou pour accoucher ?

- Etes-vous satisfaits ?
- Pouvez-vous me raconter de l'accueil (*salutation, invitation à vous asseoir et à vous exprimer, etc.*) ?
- Avez-vous le sentiment que votre intimité est respectée ? Pouvez-vous m'expliquer en détails votre sentiment ?
- Qu'est-ce qui vous a marquée négativement en ce qui concerne l'attitude du personnel ?
- Qu'est-ce qui vous a marquée positivement en ce qui concerne l'attitude du personnel ?

9. Si, par exemple, on vous demande de comparer un accouchement dans une formation et un accouchement à domicile :

- Quels sont les avantages d'un accouchement à domicile ?
- Quels sont les inconvénients ?
- Quels sont les avantages d'un accouchement en structures de santé ?
- Quelles sont les inconvénients ?

D. RÔLE DU MARI ET DE LA FAMILLE

Nous avons longuement parlé de la santé maternelle comme si c'est une affaire de femme seulement, mais nous n'avons pas encore évoqué le rôle du mari (du partenaire) et de la famille en général.

10. Quand vous êtes enceinte, en qui vous confiez vous ? Quels types de conseils vous donne-t-il (elle) ?

11. Dans votre famille, qui prend habituellement la décision lorsqu'une femme veut se rendre à la formation sanitaire pour une CPN, un accouchement ou une consultation postnatale ? Pourquoi cette personne ?

- Discutez-vous avec votre conjoint ou votre entourage immédiat des questions concernant la santé de la mère ?

- Que pensez-vous du rôle du mari dans les questions en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant ?
- Que fait votre époux (ou partenaire) lorsque vous êtes enceinte ? Vous encourage-t-il de consulter des professionnels de la santé ?
- Que pensez-vous si on autorisait aux maris d'assister leur femme pendant l'accouchement ?

E. REPRÉSENTATION SOCIALE DE LA SANTÉ MATERNELLE ET DES RISQUES LIÉS À LA MATERNITE

12. Avez-vous entendu parler de la santé maternelle ? Si oui quand et comment ?

13. Lors des messages de félicitation adressés à la parturiente, les expressions comme « *simba image* » (sautes par-dessus du gouffre), « *warujabutse* » (tu as traversé la mort) reviennent souvent, que signifient-elles ?

Selon vous,

- quels sont les risques liés à la grossesse ?
- Et quels sont les risques liés à l'accouchement ?
- Pensez-vous que des complications peuvent surgir après un accouchement (compliqué ou normal) ? Lesquelles et après combien de temps ?

14. Selon la tradition burundaise, que devrait faire une femme afin de pouvoir mener à terme sa grossesse (*rites, alimentation, interdits*) ?

15. Que pensez-vous de l'efficacité de ces pratiques ? les utilisez-vous ?

16. On incite beaucoup (par voie des médias) les femmes à aller en CPN et accoucher dans des structures de santé. Qu'en pensez-vous ?

17. Jusqu'à présent nombreuses sont les femmes qui accouchent à domicile au Burundi. Selon vous quelles sont les raisons ?

18. Quel est le rôle de l'accoucheuse traditionnel dans votre entourage ?

F. IMPACT DE LA POLITIQUE DE GRATUITÉ DE L'ACCOUCHEMENT

19. Lors de l'accouchement de x_2^{101} , aurez-vous remarqué un changement dans la prise en charge des mères et des enfants ? Lesquelles ? Qu'est-ce qui a été amélioré ? Qu'est-ce qui a dégradé ? Que faut-il améliorer ?

20. Que faut-il faire, selon vous, pour mieux prendre en charge la santé de la mère et de l'enfant ? du côté des familles ? Des soignants ? De l'Etat ?

¹⁰¹ Puisque la politique de gratuité de l'accouchement et des soins des moins de 5 ans est le cheval de bataille du parti au pouvoir, il faut éviter de poser la question de l'évaluation de cette politique directement

Annexe 3.5 : Autorisation à mener l'enquête qualitative

REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA
PROGRAMME NATIONALE DE LA SANTE
DE LA REPRODUCTION

Bujumbura le 28/04/2011

Objet : Autorisation de mener une enquête qualitative

A QUI DE DROIT

Je soussigné, Dr Georges GAHUNGU, Directeur Général du Programme Nationale de la Santé de la Reproduction au Burundi, autorise par la présente la nommée Médiatrice Nkurunziza, étudiante à l'Université catholique de Louvain, Belgique, à mener une enquête qualitative sur le thème du « Recours aux soins obstétricaux au Burundi ».

La recherche envisagée par Médiatrice Nkurunziza vise à identifier les facteurs individuels associés aux comportements de recours aux soins obstétricaux au Burundi. C'est dans ce cadre qu'une enquête qualitative (interviews) auprès des femmes ayant déjà eu des enfants s'avère importante afin d'approfondir les motifs de recours ou de non-recours aux soins obstétricaux. Cette recherche sera menée tant dans les structures de santé que dans les ménages.

La présente attestation lui est délivrée afin que son travail lui soit facilité tant par les agents de la santé que des femmes à interviewer.

Fait à Bujumbura, le 28 avril 2011.

Dr Georges GAHUNGU



Tableau 3.12: Répartition des ménages par les caractéristiques du logement et des biens du ménage selon l'ESD-SR de 2002

Variable	Modalité	Ensemble	Rural	Camps	Urbain
		%	%	%	%
Source d'éclairage	aucune	37,1	38,8	55,3	1,1
	lampe tempête	57,8	60,1	43,2	38,4
	Electricité	5,1	1,1	1,5	60,5
Source d'eau	rivière	78,0	85,2	50,9	4,7
	fontaine	17,8	14,4	48,1	39,8
	robinet	4,2	0,4	0,9	55,5
Nature des murs du logement	en bois	42,2	43,6	69,7	3,1
	brique adobe	51,5	52,5	23,9	59,0
	matériau dur	6,3	3,9	6,4	37,9
Type de toiture du logement	paille	51,0	54,8	47,3	3,7
	tôle	31,0	26,3	40,8	84,4
	tuile	18,0	18,9	11,8	11,8
Locataire de terre	non	64,9	61,9	76,1	96,3
	oui	35,1	38,1	23,9	3,7
	sans terre	11,1	6,7	7,4	72,0
Possession de terre cultivable	a terre mais pas de terre en friche	59,7	64,2	43,3	13,2
	a des terres et des terres en friches	28,0	28,0	47,7	12,1

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Tableau 3.13: Répartition des ménages par les caractéristiques du logement et des biens du ménage selon l'EDS de 2010 au Burundi

Variable	Modalité	Ensemble (N=8596)	Rural (N=7817)	Urbain (N=779)
Electricité	Non	94,7	99,0	50,8
	Oui	5,3	1,0	49,2
Possession de radio	Non	49,1	51,3	27,1
	Oui	50,9	48,7	72,9
Possession de télévision	Non	96,3	99,5	64,8
	Oui	3,7	0,5	35,2
Possession de réfrigérateur	Non	98,0	99,6	81,9
	Oui	2,0	0,4	18,1
Possession de bicyclette	Non	79,5	79,4	80,5
	Oui	20,5	20,6	19,5
Possession de moto	Non	98,9	99,3	95,6
	Oui	1,1	0,7	4,4
Possession de voiture	Non	99,1	99,9	90,4
	Oui	0,9	0,1	9,6
Sol du logement	sol en terre	89,0	94,2	36,8
	sol en dur	11,0	5,8	63,2
	sans/en bois	8,0	8,7	0,9
Nature des murs du logement	brique	50,3	53,5	17,3
	adobe			
	en dur	41,8	37,8	81,8
Type de toiture du logement	sans/paille	30,6	33,1	5,1
	tôle	37,5	32,7	86,1
	tuile	29,6	31,7	8,5
Possession de terre cultivable	non	14,2	9,9	56,8
	terre ≤3 ha	22,5	24,0	7,2
	terre >3 ha	61,2	63,8	34,7

Source : EDS de 2010 au Burundi

NB : les cellules grisées correspondent aux modalités exclues du modèle de construction du proxy de niveau de vie.

Tableau 3.14 : Exemples de tableaux qui ont permis de visualiser les données qualitatives

a) Parcours thérapeutique d'Alice (les lignes correspondent à chacune des grossesses étudiées : x_1 et x_2)

Nom de la mère	Année de naissance de l'enfant	Rang de grossesse	Etat matrimonial à la naissance de l'enfant	lieu de résidence à la naissance de l'enfant	profession à la naissance de l'enfant	CPN au cours de la grossesse	Lieu CPN	Raison de choix de la formation sanitaire	Durée de gestation à la 1ère CPN	Personne consultée	Raison de date de 1ère CPN	Nbre de CPN	Complication	temps d'attente/ temps de consultation	Soins reçus pendant la CPN	Conseils reçus pendant la CPN
Alice ₁	2001	1	première union	Buyenzi	vendeuse	oui	Hôpital Prince Régent Charles	Formation proche	5	Infirmière	C'était sa première grossesse, elle n'avait pas des informations sur la CPN. Elle a été encouragée par ses amies	3	aucune	"on attendait très longtemps/ "la consultation était très rapide"	"on mettait quelque sur mon ventre et l'autre bout à l'oreille, on mesurait la tension".	aucun
Alice ₂	2010	7	dixième union	Kamenge	Cultivatrice	oui	Buyengero	Formation proche	4	Infirmière	Choix personnel	3	aucune	On était très nombreuses à consulter, donc on attendait très longtemps avant d'être reçue.	idem + dépistage VIH	des images et des dessins, on nous expliquer les avantages d'un accouchement en formation sanitaire, - on nous expliquer l'intérêt de consulter dans les 3 premières mois de la grossesse et régulièrement après. Si le test de VIH est positif, on peut protéger l'enfant

Parcours d'Alice (suite)

Nom de la mère	Lieu d'accouchement	Raison de choix de la formation sanitaire	Lieu d'accouchement prévu	Qui a pris la décision	Vécu depuis le travail jusqu'à l'accouchement	Qui a assisté l'accouchement	Complication pendant l'accouchement	Coût de l'accouchement	Achat de médicament	Visite post-natale	Raison de visite postnatale	Combien de temps après l'accouchement	Déjà entendu parler de visite postnatale ?	avantage d'une visite postnatale
----------------	---------------------	---	---------------------------	------------------------	---	------------------------------	-------------------------------------	------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------------

Alice ₁	domicile	c'était sa première grossesse, elle n'a pas connu les signes du travail d'accouchement	Au centre de santé	elle-même	Tout s'est passé très vite, c'était une surprise	Une voisine	elle a accouché mais tous les restes des couches n'ont pas été expulsés. Elle a été hospitalisée pendant près d'un mois.	sans	Non	oui	A cause des complications liées à l'accouchement à domicile		Non	
Alice ₂	centre de santé à Kamenge	Formation sanitaire proche	Au même centre de santé puisqu'elle ne voulait pas s'éloigner de ses enfants.	Elle et son mari	Elle a eu ses premières contractions à 23h mais ce n'est qu'à 5h du matin qu'elle s'est rendue au centre de santé. Elle a accouché une heure après.	Infirmière	aucune	Gratuité	Non	non	Absence de complication, absence de problème de santé		Elle l'avait entendu mais elle ne l'a pas fait à causes de ses multiples tâches à remplir.	

b) Perception des risques liés à la maternité et des soins de santé maternelle (exemple d'Alice)

Nom de la femme	Connaissances des risques liés à grossesse	Connaissances des risques liés à accouchement	Risques dans le post-partum	Déjà entendu parler de santé maternelle	Avantage d'un accouchement domicile	Inconvénient d'un accouchement domicile	Avantage d'un accouchement en structure de santé	Avantage d'un accouchement à domicile	Attitude négative des soignants	Attitude positive des soignants	Rôle du mari	Discussion avec son conjoint en rapport avec santé mère/enfant	Rôle de la famille et entourage
-----------------	--	---	-----------------------------	---	-------------------------------------	---	--	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------	--	---------------------------------

Alice	maladie, perte de poids, anémie	perte excessive de sang, déchirure	Une tumeur peut se développer dans le ventre même après un accouche- ment sans problème. Cela peut arriver même un mois après l'accouche- ment	oui, à la radio	aucun	risque de perte de sang, de déchirure, de décès, d'endom- magement des organes génitaux	bonne prise en charge des complica- tions	aucun	<i>"je n'ai pas apprécié le comportement des infirmières de l'HPRC. A l'accouchement de Carine (âgé de 4 ans et demi à l'enquête), elles m'ont malmené et mon enfant a failli mourir à cause du travail prolongé"</i>	à l'accouche- ment de Carine, j'ai été sauvée par une religieuse qui travaillait à la maternité de cet hôpital	le mari soutient financière- ment sa femme, il paie les frais de santé et aide sa femme dans les tâches ménagères	elle discute avec son mari mais surtout avec ses voisines. Les discussions porte sur du planning familial	la famille aide la gestante/ parturiente dans les tâches ménagères.
-------	--	---	--	--------------------	-------	---	--	-------	---	---	---	--	--

Annexe 5 : Du lieu d'accouchement au Burundi

Tableau 5.5.a : Lieu d'accouchement et caractéristiques des femmes selon les données de 2002 (effectifs en %)

Variable		Pays (N= 3031)		Rural (N= 1178)		Camps (N= 1499)		Urbain (N= 558)	
		Form. san.	Acc. dom	Form. san.	Acc. dom	Form. san.	Acc. dom	Form. san.	Acc. dom
Âge de la femme à la grossesse	<20 ans	36,2	63,8	28,8	71,2	41,5	58,5	76,6	23,4
	20-24	35,4	64,6	29,4	70,6	42,0	58,0	80,1	19,9
	25-29	30,8	69,2	25,6	74,4	33,7	66,3	80,7	19,3
	30-34	24,6	75,4	18	82,0	32,8	67,2	85,6	14,4
	35 ans +	23,0	77,0	20,1	79,9	27,5	72,5	84,5	15,5
	χ^2	38,03***		11,66**		17,92**		2,8	
Gestité	primigeste	45,1	54,9	39,4	60,6	51,7	48,3	88,4	11,6
	multigestes	25,6	74,4	20,6	79,4	30,9	69,1	79,4	20,6
	χ^2	72,06***		28,66***		33,94***		4,72**	
Etat matrimonial	en union	29,3	70,7	24,9	75,1	33,2	66,8	88,8	11,2
	pas en union	24,4	75,6	13,9	86,1	36,6	63,4	67,2	32,8
	χ^2	4,79**		9,54**		1,3		38,45***	
Milieu de résidence	camp	33,9	66,1						
	rural	23,3	76,7						
	urbain	81,3	18,7						
	χ^2	357,54***							
Niveau d'instruction	sans	23,8	76,2	21,4	78,6	25,9	74,1	Sans : 64,6	35,4
	formation infor.	18,9	81,1	18,5	81,5	28,2	71,8	Prim : 73,3	26,7
	primaire et +	45,3	54,7	34,0	66,0	47,8	52,2	Sec. + : 95,8	4,2
	χ^2	202,21***		28,33***		61,09***		52,80***	
Religion	Catholique	26,3	73,7	23,2	76,8	35,9	64,1	80,3	19,7
	Protestante	29,2	70,8	24,2	75,8	30,9	69,1	72,9	27,1
	Musulmanes et autres	57,8	42,2					88,5	11,5
	χ^2	70,3		0,13		3,94**		12,72**	
Niveau de vie du ménage	bas	19,8	80,2	17,6	82,4	29,7	70,3	66,2	33,8
	moyen	24,8	75,2	23,8	76,2	34,1	65,9	89,2	10,8
	élevé	49,3	50,7	28,0	72,0	38,6	61,4	94,3	5,7
	χ^2	205,41***		12,17**		8,57**		57,81***	
Taille du ménage	plus grand	25,5	74,5	20,1	79,9	31,0	69,0	84,7	15,3
	plus petit	33,9	66,1	29,1	70,9	39,5	60,5	76,5	23,5
	χ^2	23,94***		12,08**		10,35**		5,83**	
Date d'arrivée dans le camp	1993-1995					43,9	56,1		
	1996-2001					29,4	70,6		
	χ^2					29,08***			

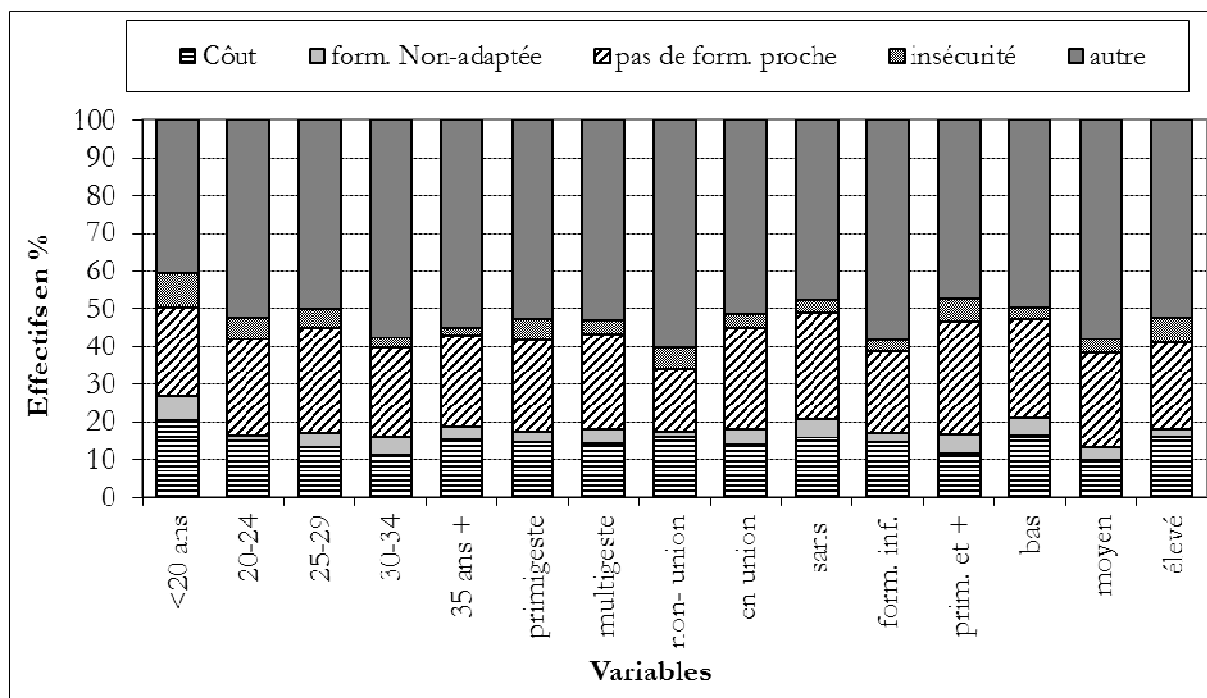
Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Tableau 5.5.b : Lieu d'accouchement et caractéristiques des femmes selon les données de 2010
(effectifs en %)

Variables		Pays (N= 4960)		Rural (N= 4532)		Urbain (N= 429)	
		Form. san.	Acc. dom	Form. san.	Acc. dom	Form. san.	Acc. dom
Âge de la femme à la naissance de l'enfant	<20 ans	74,7	25,3	72,7	27,3	87,0	13,0
	20-24	71,8	28,2	70,4	29,6	88,3	11,7
	25-29	61,7	38,3	59,0	41,0	89,3	10,7
	30-34	58,4	41,6	54,2	45,8	91,8	8,2
	35 ans +	53,3	46,7	51,6	48,4	80,8	19,2
	χ^2	119,07***		117,71***		5,16	
Parité	Primipare	81,8	18,2	80,2	19,8	93,0	7,0
	Multipare	58,1	41,9	55,7	44,3	86,2	13,8
	χ^2	181,31***		168,30***		3,67*	
Etat matrimonial	en union	63,3	36,7	61,1	38,9	88,9	11,1
	Pas en union	55,7	44,3	50,9	49,1	84,0	16,0
	χ^2	12,50***		18,52***		1,50	
Milieu de résidence	Urbain	88,0	12,0				
	rural	60,1	39,9				
	χ^2	133,17***					
Niveau d'instruction	Sans	54,7	45,3	53,9	46,1	Sans : 77,6	22,4
	Primaire incomplet	68,4	31,6	67,3	32,7	Prim. : 85,7	14,3
	primaire et +	74,9	25,1	68,9	31,1	Sec. + : 95,4	4,6
	χ^2	158,45***		93,41***		18,38***	
Religion	Catholique	61,9	38,1	60,3	39,7	86,2	13,8
	Protestante	63,0	37,0	59,6	40,4	90,7	9,3
	Musulmanes et autres	65,6	34,4	60,8	39,2	87,5	12,5
	χ^2	2,19		0,28		1,84	
Niveau de vie du ménage	bas	56,1	43,9	55,6	44,4	75,6	24,4
	moyen	62,7	37,3	62,3	37,7	72,7	27,3
	élevé	70,5	29,5	64,1	35,9	92,8	7,2
	χ^2	71,96***		26,17***		29,10***	
Taille du ménage	<= 4 pers.	68,7	31,3	67,6	32,4	87,1	12,9
	> 4 pers.	59,2	40,8	55,8	44,2	88,2	11,8
	χ^2	44,78***		61,76***		0,08	

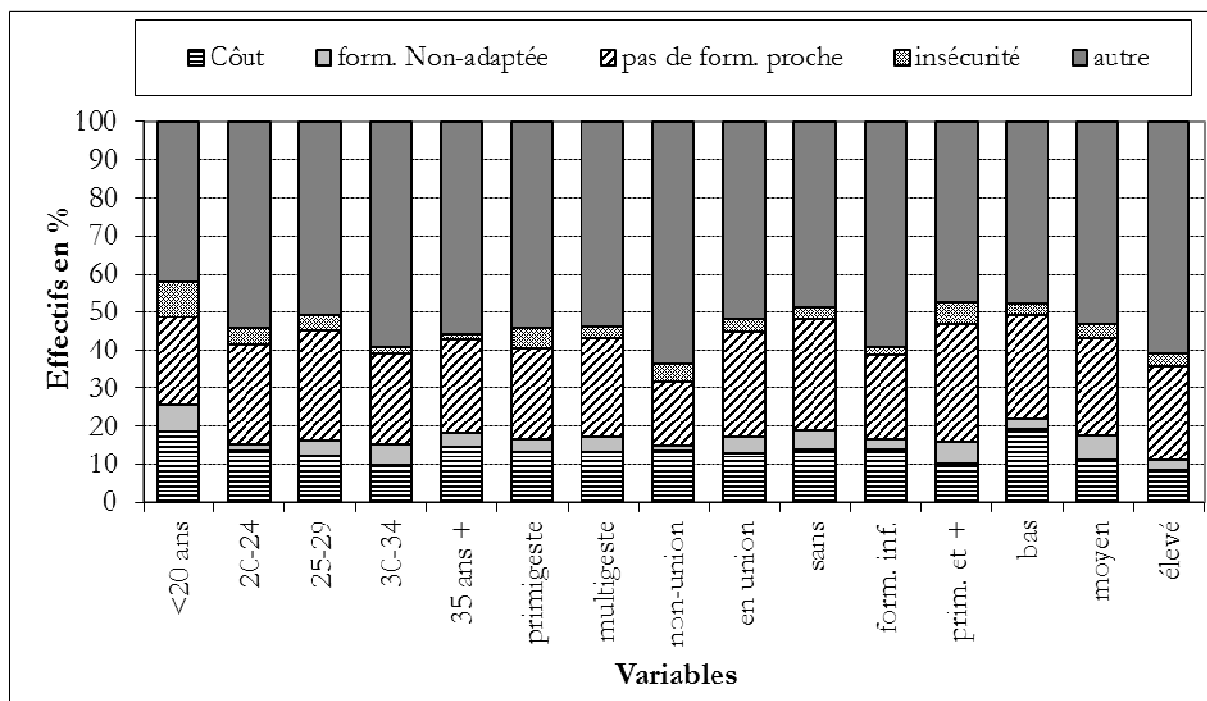
Source : EDS de 2010 au Burundi

Figure 5.2 : Raisons d'accouchement à domicile au niveau national selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi



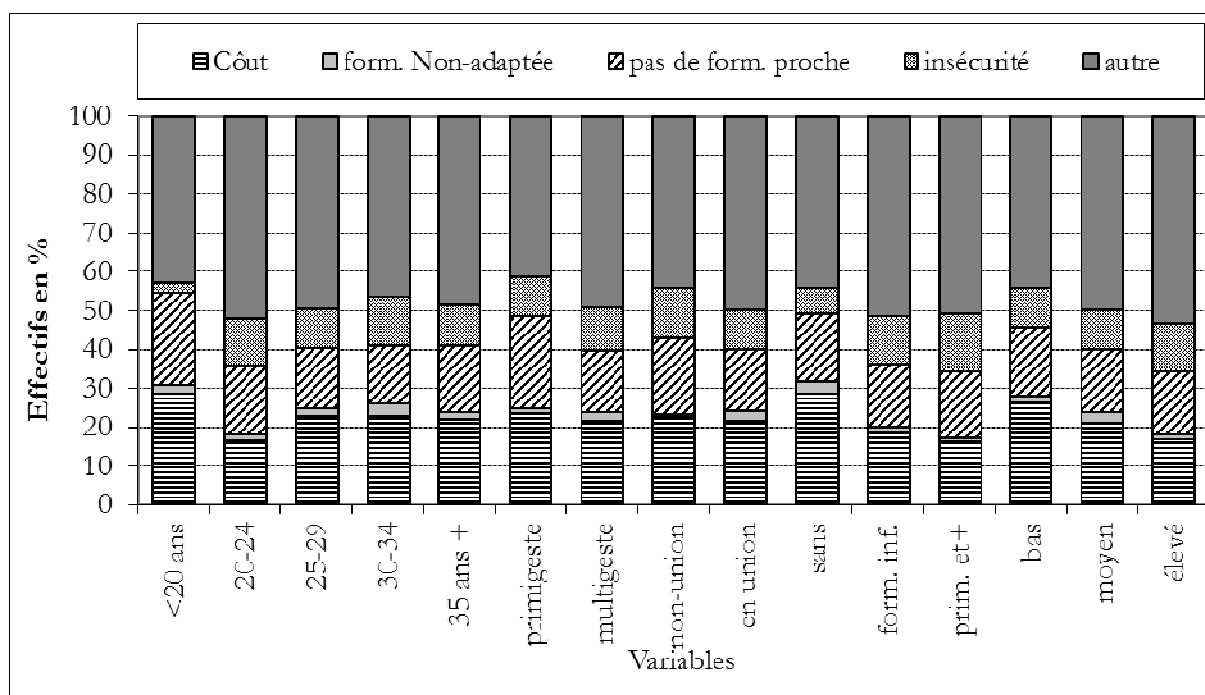
Source : Elaborée par l'auteure à partir de l'ESD-SR de 2002 au Burundi

Figure 5.3 : Raisons d'accouchement à domicile en milieu rural selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi



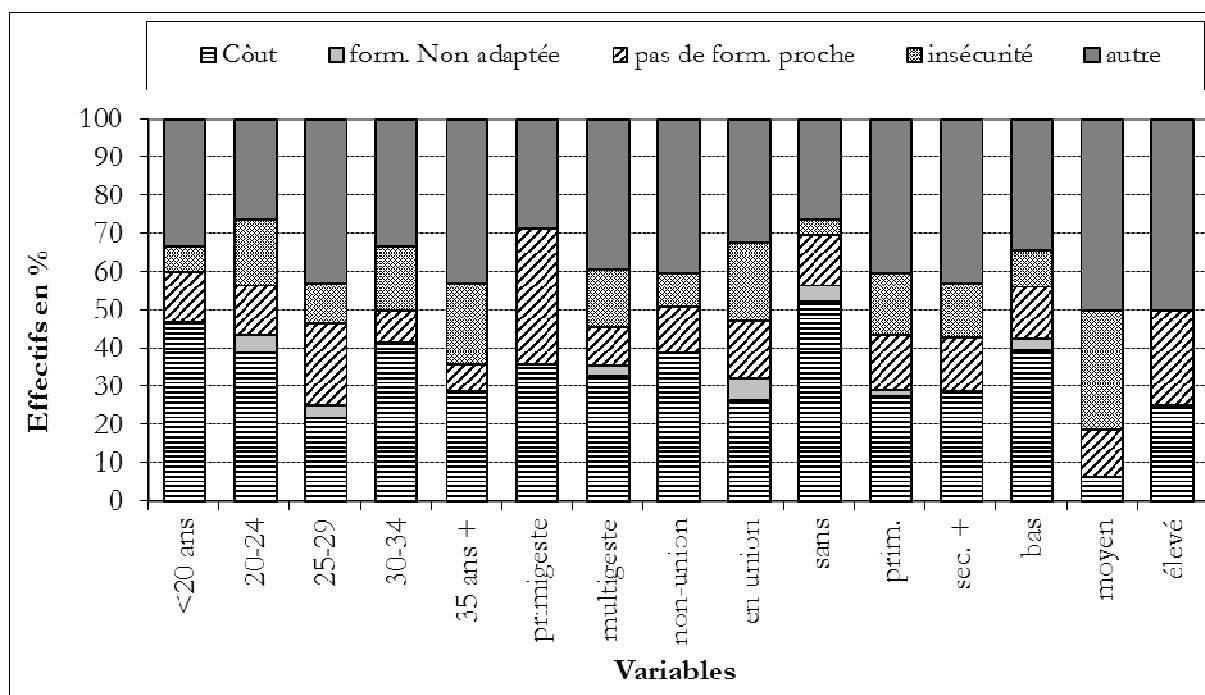
Source : Elaborée par l'auteure à partir de l'ESD-SR de 2002 au Burundi

Figure 5.4 : Raisons d'accouchement à domicile dans les camps de déplacés selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi



Source : Elaborée par l'auteure à partir de l'ESD-SR de 2002 au Burundi

Figure 5.5 : Raisons d'accouchement à domicile en milieu urbain selon l'ESD-SR de 2002 au Burundi



Source : Elaborée par l'auteure à partir de l'ESD-SR de 2002 au Burundi

Annexe 6 : De la visite postnatale au Burundi

Tableau 6.4.a : Visite postnatale et caractéristiques des femmes selon les données de 2002

Variables		Pays (N= 3031)		Rural (N= 1178)		Camps (N= 1499)		Urbain (N= 558)	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Âge de la femme à la grossesse	<20 ans	17,9	82,1	16,4	83,6	24,2	75,8	19,7	80,3
	20-24	23,3	76,7	22,8	77,2	19,4	80,6	29,4	70,6
	25-29	23,2	76,8	22,4	77,6	22,1	77,9	32,2	67,8
	30-34	17,9	82,1	16,3	83,7	13,6	86,4	35,6	64,4
	35 ans +	19,1	80,9	18,9	81,1	12,8	87,3	32,9	67,1
	χ^2	10,35**		4,77		18,83**		5,39	
Gestité	primigeste	20,8	79,2	20,0	80,0	22,7	77,3	27,0	73,0
	multigestes	20,7	79,3	20,0	80,0	16,5	83,5	31,7	68,3
	χ^2	0,00		0,00		4,78**		0,95	
Etat matrimonial	pas en union	20,4	79,6	18,0	82,0	22,9	77,1	30,3	69,7
	en union	20,7	79,3	20,4	79,6	15,9	84,1	31,0	69,0
	χ^2	0,03		0,52		8,34**		0,04	
Milieu de résidence	camp	17,2	82,8						
	rural	20,0	80,0						
	urbain	30,7	69,3						
	χ^2	16,48***							
Niveau d'instruction	sans	21,7	78,3	22,4	77,6	15,3	84,7	Sanss : 23,9	76,1
	formation infor.	17,0	83,0	16,9	83,1	16,9	83,1	Prom. : 29,4	70,6
	primaire et +	25,3	74,7	24,1	75,9	19,4	80,6	Sec. + : 35,0	65,0
	χ^2	24,38***		7,77**		2,78		3,57	
Religion	Catholique	19,6	80,4	18,8	81,2	18,1	81,9	37,2	62,8
	Protestante	23,0	77,0	24,0	76,0	16,5	83,5	26,0	74,0
	Musulmanes et autres	26,3	73,7					26,7	73,3
	χ^2	6,81**		3,48*		0,63		7,47**	
Niveau de vie du ménage	bas	19,6	80,4	20,5	79,5	14,8	85,2	25,9	74,1
	moyen	17,7	82,3	20,5	79,5	16,6	83,4	27,5	72,5
	élevé	26,8	73,2	19,1	80,9	21,2	78,8	41,3	58,8
	χ^2	23,04***		0,34		7,40**		11,70**	
Taille du ménage	plus grand	20,2	79,8	19,8	80,2	15,7	84,3	27,8	72,2
	plus petit	21,7	78,3	20,5	79,5	20,5	79,5	34,7	65,3
	χ^2	0,96		0,07		5,36**		2,98*	
Date d'arrivée dans le camp	1993-1995					17,0	83,0		
	1996-2001					17,5	82,5		
	χ^2					0,06			

Source : ESD-SR de 2002 au Burundi

Tableau 6.4.a : Visite postnatale et caractéristiques des femmes selon les données de 2010

Variables		Pays (N= 4960)		Rural (N= 4532)		Urbain (N= 429)	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Âge de la femme à la naissance de l'enfant	<20 ans	63,2	36,8	64,9	35,1	54,3	45,7
	20-24	64,8	35,2	65,2	34,8	60,2	39,8
	25-29	69,5	30,5	71,4	28,6	50,4	49,6
	30-34	68,3	31,7	71,2	28,8	45,5	54,5
	35 ans +	75,2	24,8	76,0	24,0	63,0	37,0
χ^2		38,29***		0,4		7,52	
Parité	Primipare	56,4	43,6	57,1	42,9	51,8	48,2
	Multipare	72,0	28,0	73,4	26,6	54,9	45,1
	χ^2	85,71***		86,55***		0,34	
Etat matrimonial	en union	69,1	30,9	70,4	29,6	54,6	45,4
	Pas en union	69,2	30,8	72,2	27,8	51,9	48,1
	χ^2	0,05		0,71		0,20	
Niveau d'instruction	Sans	74,5	25,5	74,5	25,5	Sans : 75,0	25,0
	Primaire	66,8	33,2	67,0	33,0	Prim. : 59,3	40,7
	incomplet	58,1	41,9	63,1	36,9	Sec. + : 38,2	61,8
	primaire et +	98,59***		47,85***		34,50***	
Religion	Catholique	68,2	31,8	69,1	30,9	54,1	45,9
	Protestante	70,8	29,2	72,2	27,8	58,7	41,3
	Musulmanes et autres	70,1	29,9	76,5	23,5	42,5	57,5
	χ^2	3,52		10,15**		5,45*	
Niveau de vie du ménage	bas	73,4	26,6	73,4	26,6	73,2	26,8
	moyen	71,1	28,9	70,9	29,1	75,3	24,7
	élevé	61,3	38,7	65,6	34,4	46,2	53,8
	χ^2	60,70***		20,77****		27,89***	
Taille du ménage	<= 4 pers.	66,2	33,8	66,4	33,6	63,4	36,6
	> 4 pers.	70,7	29,3	72,9	27,1	51,2	48,8
	χ^2	10,75**		22,07***		4,66**	

Source : EDS de 2010 au Burundi

Annexe 8 : Synthèse des analyses multivariées par milieu de résidence et par période d'observation (***: $p < 0,001$, **: $p < 0,05$ et * $p < 0,10$)

Tableau A : Résultats multivariés au niveau national en 2002 (N= 3031)

Variables	N	Recours à la CPN			Non-recours aux soins postnataux	
		Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	Acc. à domicile	
Age de la femme à la grossesse						
20-24 ans (R)	570					
<20 ans	190	2,34*	1,81*	1,29	1,50*	1,48*
25-29 ans	825	0,95	0,79	1,19	0,69**	0,98
30-34 ans	530	0,95	0,73	1,29	0,85	1,32
35 ans +	917	1,52	1,09	1,39	0,76*	1,16
Rang de grossesse						
Primigestes (R)	476					
Multigestes	2556	2,04**	2,44***	0,84	2,76***	0,93
Etat matrimonial						
En union (R)	2541					
Pas en union	490	0,84	1,54**	0,55**	2,30***	1,06
Milieu de résidence						
urbain (R)	239					
rural	2624	12,89***	6,10***	2,11	7,41***	1,09
camps	169	5,58**	6,58***	0,85	4,39***	1,43
Instruction de la femme						
sans	653	2,17**	0,95	2,28***	1,79***	1,17
form. inform.	1379	1,14	1,07	1,06	2,14***	1,46**
primaire et + (R)	987					
Religion de la femme						
Catholiques (R)	2232					
protestantes	638	2,40**	1,62*	1,48	0,72	0,91
musulmanes	156	1,44	1,39*	1,04	0,97	0,88
Niveau de vie du ménage						
bas	1307	2,15**	1,82**	1,18	2,10***	1,37**
moyen	994	1,83**	1,41*	1,30	1,56***	1,51**
Elevé (R)	731					
Taille du ménage						
<= 4 pers. (R)	1088					
> de 4 pers.	1926	0,89	0,88	1,02	1,23*	1,03

Tableau B : Résultats multivariés au niveau national en 2010 (N= 4960)

Variables	N	CPN tardive	Non-recours aux soins postnataux	
			Acc. à domicile	
Age de la femme à la naissance				
20-24 ans (R)	1290			
<20 ans	323	1,11	1,51**	1,23
25-29 ans	1315	1,37**	1,28**	1,06
30-34 ans	852	1,33**	1,44***	0,98
35 ans +	1180	1,35**	1,32**	1,15
Rang de naissance				
Primipares (R)	927			
Multipares	4032	1,29**	3,14***	1,95***
Etat matrimonial				
En union (R)	4434			
Pas en union	526	1,00	1,73***	1,10
Milieu de résidence				
Milieu urbain (R)	428			
Milieu rural	4532	2,37***	3,81***	1,44**
Instruction de la femme				
sans	2602	1,15	1,86***	1,65***
prim. inc.	1344	1,22*	1,20*	1,28**
primaire et + (R)	1014			
Religion de la femme				
Catholiques (R)	3029			
protestantes	1547	1,16	1,01	1,16*
musulmanes	378	1,21	0,96	1,94
Niveau de vie du ménage				
bas	1807	1,11	1,29**	1,38***
moyen	1721	1,18*	1,06	1,31**
Elevé (R)	1406			
Taille du ménage				
<= 4 pers. (R)	1759			
> de 4 pers.	3201	1,11	1,03	0,99

Tableau C : Résultats multivariés en milieu rural en 2002 (N= 1178)

Variables	N	Recours à la CPN			Non-recours	
		Non/ Préc.	Tard./ préc.	Non/ tard.	Acc. à domicile	aux soins postnataux
Age de la femme à la grossesse						
20-24 ans (R)	216					
<20 ans	67	2,45	1,90	1,29	1,44	1,45
25-29 ans	317	0,97	0,73	1,32	0,68	1,05
30-34 ans	203	1,10	0,76	1,45	0,87	1,47
35 ans +	375	1,65	1,04	1,59	0,75	1,23
Rang de grossesse						
Primigestes (R)	181					
Multigestes	997	2,27	2,78**	0,83	2,63***	0,91
Etat matrimonial						
En union (R)	1011					
Pas en union	167	0,60	1,40	0,43**	2,15**	1,16
Instruction de la femme						
sans	254	1,54	0,73	2,12**	1,61**	1,23
form. inform.	591	0,90	0,90	1,00	2,07***	1,5**
primaire et + (R)	329					
Religion de la femme						
Catholiques (R)	914					
protestantes	231	1,37	1,31	1,05	0,90	0,79
musulmanes						
Niveau de vie du ménage						
bas	386	4,32***	2,10**	2,06**	1,77**	0,92
moyen	366	2,56**	1,33	1,92**	1,22	0,91
Elevé (R)	425					
Taille du ménage						
<= 4 pers. (R)	420					
> de 4 pers.	750	0,90	0,92	0,98	1,35	0,95

Tableau D : Résultats multivariés en milieu rural en 2010 (N= 4532)

Variables	N	CPN tardive	Non-recours	
			Acc. à domicile	aux soins postnataux
Age de la femme à la naissance				
20-24 ans (R)	1190			
<20 ans	278	0,93	1,49**	1,28
25-29 ans	1197	1,44**	1,28**	1,07
30-34 ans	757	1,40**	1,49***	1,02
35 ans +	1110	1,48**	1,30**	1,14
Rang de naissance				
Primipares (R)	814			
Multipares	3718	1,21*	3,14***	2,08***
Etat matrimonial				
En union (R)	4082			
Pas en union	450	0,95	1,73***	1,12
Instruction de la femme				
sans	2520	0,97	1,77***	1,52***
prim. inc.	1238	1,02	1,11	1,16
primaire et + (R)	773			
Religion de la femme				
Catholiques (R)	2841			
protestantes	1378	1,03	1,02	1,15*
musulmanes	308	0,77*	0,95	1,43**
Niveau de vie du ménage				
bas	1761	1,09	1,25**	1,32**
moyen	1646	1,10	1,00	1,22**
Elevé (R)	1094			
Taille du ménage				
<= 4 pers. (R)	1660			
> de 4 pers.	2871	0,92	1,04	1,01

Tableau E : Résultats multivariés en milieu urbain en 2002 (N=

Variables	N	CPN tardive	Acc à domicile	Non-recours aux soins postnataux
Age de la femme à la grossesse				
20-24 ans (R)	137			
<20 ans	66	1,60	1,28	1,44
25-29 ans	170	1,21	0,87	0,91
30-34 ans	101	0,89	0,68	0,79
35 ans +	85	1,57	0,67	0,72
Rang de grossesse				
Primigestes (R)	116			
Multigestes	443	1,14	2,94**	0,82
Etat matrimonial				
En union (R)	363			
Pas en union	195	1,01	2,32**	0,77
Instruction de la femme				
sans	67	2,97**	7,52***	1,09
primaire et + (R)	270	3,41***	5,15***	0,92
Secondaire et +	220			
Religion de la femme				
Catholiques (R)	231			
protestantes	131	1,42	0,29***	1,22
musulmanes	194	1,41	0,99	1,40
Niveau de vie du ménage				
bas	228	2,06**	2,96**	2,07**
moyen	170	1,31	1,01	1,77**
Elevé (R)	160			
Taille du ménage				
<= 4 pers. (R)	225			
> de 4 pers.	331	0,75	0,72	1,60**

Tableau F : Résultats multivariés en milieu urbain en 2010 (N= 429)

Variables	N	CPN tardive	Acc. à domicile	Non-recours aux soins postnataux
Age de la femme à la naissance				
20-24 ans (R)	100			
<20 ans	45	2,48**	1,33	0,76
25-29 ans	118	1,30	1,52	0,76
30-34 ans	95	1,17	0,64	0,61
35 ans +	70	1,24	1,60	1,27
Rang de naissance				
Primipares (R)	113			
Multipares	315	1,22	2,29*	0,96
Etat matrimonial				
En union (R)	352			
Pas en union	76	1,00	1,70	0,87
Instruction de la femme				
sans	81	3,07**	3,29**	3,29***
Primaire	178	2,97***	2,56**	1,93**
Secondaire et + (R)	169			
Religion de la femme				
Catholiques (R)	188			
protestantes	170	1,20	0,70	1,20
musulmanes	70	1,18	0,88	0,52**
Niveau de vie du ménage				
bas	38	0,96	1,70	1,68
moyen	75	1,74*	2,96**	2,78**
Elevé (R)	312			
Taille du ménage				
<= 4 pers. (R)	99			
> de 4 pers.	330	1,13	0,94	0,81

Tableau G : Résultats multivariés dans les camps de déplacés en 2002 (N= 1499)

Variables	N	Recours à la CPN			Non-recours	
		Non/ Préc.	Tard. /préc.	Non/ tard.	Acc. à domicile	aux soins postnataux
Age de la femme à la grossesse						
20-24 ans (R)	279					
<20 ans	95	1,29	0,69	1,88	1,51	0,80
25-29 ans	385	0,53	0,74	0,72	1,00	0,79
30-34 ans	309	0,49	0,50*	0,97	0,93	1,44
35 ans +	400	0,69	0,73	0,94	1,19	1,45
Rang de grossesse						
Primigestes (R)	213					
Multigestes	1286	0,75	1,67	0,45*	2,17***	1,10
Etat matrimonial						
En union (R)	1186					
Pas en union	312	1,97*	1,30	1,52	1,12	0,65**
Instruction de la femme						
sans	519	3,77**	2,00**	1,90*	2,09***	1,02
form. inform.	488	4,02**	2,46**	1,64	2,04***	0,99
primaire et + (R)	482					
Religion de la femme						
Catholiques (R)	863					
protestantes	593	0,63	0,80	0,79	1,02	1,20
musulmanes						
Niveau de vie du ménage						
bas	522	1,80	1,62*	1,11	1,14	1,64**
moyen	503	1,45	1,24	1,18	1,02	1,52**
Elevé (R)	474					
Taille du ménage						
<= 4 pers. (R)	494					
> de 4 pers.	1003	1,98	0,96	2,06**	1,08	1,17
Date d'installation au camps						
1993-1995 (R)	453					
1996-2001	1015	0,42**	0,87	0,49**	1,64***	0,73**

