

PASSAGE
Projet d'Approche Solidaire en **SAnté GENésique**
Burkina Faso



EuropeAid/120804/C/G/Multi

Etude exploratoire sur les itinéraires thérapeutiques

Burkina Faso

Avril 2007

Avril 2007

Fernand BATIONO

ETUDE EXPLORATOIRE SUR LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES -----	1
Introduction -----	3
1. Objectifs-----	3
2. Sites de l'étude-----	3
3. Approche méthodologique -----	3
3.1. Population de l'étude et échantillon-----	3
3.3. Outils et techniques de collecte -----	4
3.4. Déroulement de l'enquête-----	4
3.5. Interprétation et analyse des données -----	4
3.6. Limites et difficultés rencontrées-----	4
4. Présentation des résultats de l'étude -----	5
4.1. Espacements de naissance -----	5
4.1.2. Connaissances et pratiques-----	5
4.1.3. Utilisation des méthodes contraceptives modernes -----	5
4.1.3.1. Avantages liés à l'utilisation des contraceptifs modernes-----	5
4.1.3.2. Inconvénients liés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes-----	6
4.1.4. Accès aux services de planification familiale -----	7
4.1.4.1. Accessibilité sociale et culturelle-----	7
4.1.4.2. Accessibilité économique -----	9
4.1.4.3. Accessibilité géographique-----	10
4.2. Suivi des grossesses et accouchements-----	11
4.2.1. Contraintes liées au suivi de la grossesse -----	11
4.2.1.1. Accessibilité sociale et culturelle-----	11
4.2.1.2. Accessibilité économique -----	12
4.2.1.3. Accessibilité géographique-----	13
4.3. Infections Sexuellement Transmissible/VIH -----	14
4.3.1. Connaissances et pratiques-----	14
4.3.2. Contraintes liées aux recours thérapeutiques-----	14
4.3.2.1. Accessibilité sociale et culturelle-----	14
4.3.2.2. Accessibilité économique -----	15
4.3.2.3. Accessibilité géographique-----	16
4.4. Connaissance des structures d'offre de soins de santé -----	16
4.5. Données sur les avortements -----	17
4.5.1. Typologie des avortements -----	18
4.5.2. Causes liées aux avortements -----	18
4.5.2.1. Causes sociales et culturelles -----	19
4.5.2.1. Causes financières-----	19
4.5.3. Pratiques et itinéraires thérapeutiques -----	19
4.5.4. Processus de recours thérapeutiques -----	20
4.5.4.1. Accessibilité sociale et culturelle-----	20
4.5.4.2. Accessibilité économique -----	22
4.5.4.3. Accessibilité géographique-----	23
4.5.5. Contraception et avortements -----	23
4.5.6. Relations avec l'environnement familial et social-----	24
Conclusion/Recommandations -----	26

Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une étude exploratoire dont le but était de collecter des informations concernant les itinéraires thérapeutiques des utilisateurs des services de santé. Cette recherche socio-anthropologique a été effectuée pour identifier des contraintes sociales et financières qui ne facilitent pas l'accès des populations aux services sociaux et de santé. L'analyse des contraintes d'accès aux services de santé a été faite à partir des données recueillies sur l'espace de naissances, le suivi des grossesses et accouchements, les avortements, les complications obstétricales et les Infections Sexuellement Transmissibles/VIH.

1. Objectifs

Réaliser une étude exploratoire sur les contraintes socioculturelle et financière liées à l'accès des populations aux services sociaux et de santé.

2. Sites de l'étude

L'étude a concerné des membres d'associations intervenant dans le domaine de la santé génésique, des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) des districts sanitaires de Pissy et du secteur 30 de la ville de Ouagadougou dans les arrondissements de Bogodogo et de Boulmiougou.

3. Approche méthodologique

3.1. Population de l'étude et échantillon

La population d'enquête est composée d'une part de personnes (jeunes filles/garçons, hommes/femmes) venues dans les formations sanitaires à la recherche de soins et d'autre part de membres d'associations intervenant en santé de la reproduction (Jeunes filles et garçons, hommes/femmes).

Deux types d'enquêtés ont été concernés :

- Les informateurs individuels qui sont des patients ou des accompagnants venus aux centres de santé pour des soins ;
- Les participants aux focus groups (10 à 12 personnes par groupe).

Dans les formations sanitaires, des patients et ou des accompagnants ont été interrogés après la consultation médicale. Nous avons rencontré 30 personnes dans les centres de santé (20 femmes et 10 hommes). Parmi les femmes, 15 avaient accompagné leurs enfants malades aux centres de santé, 3 jeunes filles et 2 femmes

adultes consultaient pour elles-mêmes. Les hommes sont composés de 6 jeunes garçons et de 4 adultes.

Les focus groups (cf. annexes P 33) étaient composés d'hommes, de femmes, de jeunes filles/garçons recrutés à partir des associations et des services d'action sociale des mairies (personnes adultes démunies, jeunes filles et garçons). La sélection des femmes enceintes a été faite dans les centres de santé.

Les personnels de santé de différentes formations sanitaires (centres de santé des secteurs 18, 19, 15, Nagrin, CMA/Pissy, centre polyvalent) et des responsables d'associations (APOD, ATUJB, centre polyvalent, ACD) ont été également rencontrés pour des entretiens individuels ou de groupe.

3.3. Outils et techniques de collecte

Pour la collecte de données sur le terrain des guides d'entretiens individuels et de focus groups ont été élaborés.

3.4. Déroulement de l'enquête

La collecte des données s'est déroulée au sein des associations, des mairies et des centres de santé. Deux enquêteurs expérimentés dans la collecte de données qualitatives ont été recrutés et formés à l'utilisation des guides d'entretiens.

Les patients ou les accompagnants ont été interrogés avant ou après l'administration des soins. L'entretien ne pouvait commencer qu'après un consentement verbal du patient ou de l'accompagnant. Les discussions des focus group ont été enregistrées et les entretiens individuels ont fait l'objet de prise de notes. L'enquête s'est déroulée du 5 au 25 mars 2007.

3.5. Interprétation et analyse des données

L'analyse de contenu a été privilégiée compte tenu de l'aspect qualitatif de l'étude. Tous les entretiens ont été dépouillés manuellement.

3.6. Limites et difficultés rencontrées

Les limites constatées dans la présente étude sont liées d'une part à la notification de la pathologie du patient enquêté et d'autre part au caractère tabou de la sexualité, par exemple les IST et les avortements.

Quelques difficultés se résument à la réalisation des entretiens individuels aux centres de santé. Le lieu de ces entretiens a sans doute constitué un biais dans les réponses des enquêtés.

La période d'épidémie de méningite n'a pas favorisé la collecte des données au sein de certaines formations sanitaires concernées par l'étude.

4. Présentation des résultats de l'étude

L'étude sur les recours thérapeutiques fait intervenir deux aspects : la disponibilité et l'accessibilité aux soins. Les résultats analysés dans cette partie concernent l'accessibilité aux soins par les usagers.

4.1. Espacements de naissance

Les entretiens réalisés avec les enquêtés ont porté sur les espacements de naissances. Ce point a permis aux enquêteurs de noter les connaissances, attitudes et pratiques des usagers en matière de méthodes contraceptives.

4.1.2. Connaissances et pratiques

Les méthodes contraceptives citées par les informateurs sont : le norplant, la pilule, le préservatif, les méthodes injectables, le stérilet, la ligature des trompes. Selon les enquêtés, les préservatifs, le Norplant, les méthodes injectables et les pilules sont les plus utilisés. Cependant, de l'avis des informateurs, pour les femmes, les attitudes et les pratiques varient en fonction de l'âge et du statut matrimonial. Les injectables, la pilule, le norplant seraient appréciés par les femmes mariées tandis que les jeunes filles célibataires préféreraient les préservatifs.

D'autres méthodes sont connues et utilisées par les femmes : la méthode du collier, de la ceinture qui est une amulette confectionnée que certaines femmes portent autour de la hanche pour éviter les grossesses. et de la méthode naturelle.

4.1.3. Utilisation des méthodes contraceptives modernes

Il ressort des données recueillies que les méthodes contraceptives modernes sont utilisées par la population. Cette utilisation, selon les enquêtés, présentent aussi bien des avantages que des inconvénients.

4.1.3.1. Avantages liés à l'utilisation des contraceptifs modernes

Selon les informateurs, l'espacement des naissances améliore la santé de la mère et de l'enfant. Cela permet de poursuivre les activités et assure la continuité dans le

travail. Il a été mentionné la facilité de prendre en charge des membres de la famille (alimentation), d'assurer l'éducation (meilleur suivi scolaire et social) des enfants. Les hommes interrogés ont exprimé leur satisfaction quant à l'utilisation des méthodes contraceptives.

« La contraception permet à la femme de se reposer et d'éviter les grossesses rapprochées et souvent non désirées »

Des maladies comme les IST/VIH-SIDA et les grossesses non désirées peuvent être évitées grâce à l'utilisation des préservatifs. A propos de grossesses non désirées et face aux problèmes engendrés, un enquêté donne le point de vue de son père,

« Mon père m'a prévenu qu'il ne peut pas prendre en charge moi-même, un enfant et une femme », focus, jeunes mixte.

4.1.3.2. Inconvénients liés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Au cours des entretiens, les femmes en particulier ont évoqué des effets secondaires induits par la prise de certaines méthodes de contraception. Des perturbations de cycles menstruels (saignements dus aux injectables, arrêt de cycle menstruel) et des changements métaboliques et physiologiques peuvent être imputés à des méthodes contraceptives.

« Les pilules font grossir », « le Norplant donne le cancer et les femmes ont des problèmes pour la prise des produits de la planification. J'ai eu la confirmation d'une infirmière par rapport à cela » (une femme, membre de l'association APOD).

« Les injectables entraînent l'irrégularité du cycle menstruel et des maux de reins » (une femme enceinte). *« Ma grossesse a coulé. Je suis allée voir les sages-femmes et c'est là qu'elles m'ont dit que je devais venir pour qu'on lave mon ventre pour que le gaz des pilules s'en aille avant de retomber enceinte »* (une jeune femme de 30 ans rencontrée dans un centre de santé).

La prise des méthodes contraceptives peut engendrer un recours au dispensaire. Ce qui entraîne parfois des dépenses.

« En cas d'irrégularité des règles, on est obligé de voir encore les Docteurs et les ordonnances sont coûteuses », (focus femmes non enceintes). Les expériences non réussies avec certaines femmes utilisant une méthode contraceptive moderne ont été citées par les enquêtées. Ces expériences ont été vécues parfois par des ami(e) s utilisatrices,

« J'ai une amie qui a pris les injectables et elle a eu beaucoup de problèmes. Donc elle m'a déconseillé cela », focus, femmes non enceintes. « Les femmes ont trop de problèmes avec la contraception moderne. Même les agents de santé le disent », ajoute une enquêtée.

Ces perceptions populaires liées aux méthodes contraceptives modernes ne semblent pas favoriser le recours à leurs usages.

4.1.4. Accès aux services de planification familiale

L'accès aux services de santé d'une manière générale et aux services de planification d'une manière particulière, dépend de plusieurs facteurs.

4.1.4.1. Accessibilité sociale et culturelle

L'analyse sur l'accessibilité socioculturelle liée aux itinéraires thérapeutiques se situe à plusieurs niveaux.

□ Au niveau familial

- En ce qui concerne les femmes mariées ou vivant en couple, la décision du mari est nécessaire, mais elle est souvent négative. L'utilisation des contraceptifs modernes est parfois perçue par les hommes comme un encouragement à l' *« infidélité des femmes »*.

« Les hommes disent que lorsque les femmes prennent les contraceptifs, elles peuvent aller avec n'importe quel homme. On ne peut plus les contrôler », focus, femmes non enceintes.

- La contraception est aussi un moyen pour éviter les grossesses hors mariage. C'est une stratégie qui permet à la femme de mieux négocier le mariage sans prendre le risque de se faire abandonner par un homme et d'avoir à élever seule un enfant, comme en témoigne ces propos :

« Ce qui m'a amenée ici, c'est parce que je vis avec un homme qui ne veut pas faire le mariage et qui refuse l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. A chaque fois que je parle de mariage, il dit qu'il va le faire. J'en ai parlé à une amie et c'est elle qui m'a conseillé de venir ici » (une femme non enceinte).

- Dans la même logique de la perception sociale,

« les hommes disent généralement que la planification familiale est une affaire de femmes, mais les hommes qui comprennent participent à la planification familiale » (focus, femmes enceintes).

Les hommes ne sont pas toujours impliqués dans le recours aux méthodes contraceptives. Leur participation est d'ordre financier, lorsque les femmes disent « *les hommes refusent de participer aux frais des méthodes contraceptives. Les hommes disent que ce sont les femmes qui ne veulent pas faire beaucoup d'enfants* », femmes non enceintes APOD.

❑ **Le facteur religieux**

Selon les informateurs, la religion ne favorise pas l'utilisation des méthodes contraceptives artificielles. L'enfant est un don de Dieu.

« *C'est surtout dans la religion musulmane que les hommes refusent les méthodes contraceptives modernes. Dieu est contre la limitation des naissances* » (focus, femmes enceintes).

Les religions musulmane et chrétienne ne prônent pas l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. En revanche, elles encouragent le recours aux méthodes dites traditionnelles tels que le collier, l'espacement naturel des naissances (abstinence), la méthode des calculs. Mais en définitive,

« *ça dépend des gens. Il y a des musulmans comme des chrétiens qui utilisent les méthodes modernes* », focus, femme, membre APOD.

❑ **La honte associée à l'usage des méthodes contraceptives**

Il ressort des entretiens que la honte est un obstacle au recours aux services de planification familiale. Cette honte est vécue par de jeunes filles non mariées et qui sont parfois stigmatisées dans les centres de planification familiale. Il y a des opinions négatives exprimées à leur endroit par rapport à leur statut matrimonial et à l'utilisation des contraceptifs. Les jeunes filles sont surtout concernées par ces opinions. Elles souhaitent utiliser ces méthodes contraceptives pour éviter des problèmes de rejet de la part des familles ou parfois du partenaire en cas de grossesse non désirée, comme en témoignent ces propos,

« *Les gens pensent que les filles qui prennent les pilules ne sont pas sérieuses. Elles font n'importe quoi avec les hommes* », focus, jeunes filles.

« *Lorsque tu tombes enceinte aussi, c'est un problème soit avec la famille soit avec le partenaire* », focus, jeunes filles.

❑ **Relations prestataires de soins/usagers**

Les relations entre soignants/patients ou l'accueil au niveau des services de santé peuvent influencer les recours thérapeutiques des usagers. Selon les enquêtés, la

longue attente pour bénéficier de la prestation au centre de santé est un facteur qui ne favorise pas le recours aux soins :

« Parfois on arrive au centre, on reste longtemps et on n'a rien. On va dire, on n'a pas ça ici ou c'est fini », focus, femme non enceinte. Il y a aussi le déficit de communication entre les personnels de santé et les usagers. Selon certaines femmes rencontrées, outre les difficultés financières, la mauvaise qualité de l'accueil et des soins est un des points d'achoppement entre usagers et prestataires de soins.

« Les sages femmes n'accueillent pas bien les usagers. Elles parlent mal, surtout lorsque les examens demandés n'ont pas été faits, alors que parfois il n'y a pas d'argent pour cela. Parfois elles ne consultent pas. Moi par exemple, j'ai fait une seule consultation, car je n'avais pas d'argent pour faire les examens », focus, femme enceinte.

« Au dispensaire aussi, les femmes nous regardent comme si nous sommes n'importe qui », jeune fille, membre APOD

La gestion de la confidentialité a été évoquée par les enquêtés : certaines personnes remettent en cause la confidentialité du côté du personnel de santé.

« On n'a pas toujours confiance aux agents de santé. Ils parlent trop », jeune fille, membre APOD.

Les services de planning familial sont fréquentés aussi bien par des femmes adultes que de jeunes filles. Le recours aux services de planification devient un problème surtout lorsque la jeune fille n'est pas mariée. Il y a la peur ou la honte de rencontrer des personnes connues de l'environnement social ou familial ou par rapport à l'âge de ces personnes.

« Parfois aussi, quand on n'arrive, on voit des tanties qui nous regardent bizarrement. Parfois on est gênée, surtout si vous êtes dans le même secteur », jeune fille, membre APOD.

Ces représentations sociales qui empêchent les jeunes de recourir aux soins, montrent bien la nécessité de développer des services adaptés aux jeunes.

4.1.4.2. Accessibilité économique

Les enquêtées ont mentionné le coût élevé de certaines méthodes contraceptives modernes (exemple, injectables).

« Les méthodes sont bien, mais on n'a pas d'argent pour acheter. On cherche à manger. Les hommes ne veulent pas donner l'argent pour acheter ça », femme enceinte.

La contribution financière au paiement des prestations liées à la planification familiale incombe aux couples, mais la femme est plus concernée que l'homme.

« Les hommes n'acceptent pas contribuer pour les soins concernant le planning familial. Certains disent que c'est une affaire de femmes. Ce sont les femmes qui ne veulent pas faire des enfants », femme non enceinte.

Le coût des consultations et des méthodes contraceptives est souvent assuré par les femmes.

« On se débrouille avec le peu qu'on gagne dans le petit commerce pour payer », femme non enceinte.

4.1.4.3. Accessibilité géographique

La distance à parcourir n'est pas toujours importante. La difficulté majeure est la disponibilité du produit recherché.

« On peut parcourir aussi une distance importante et le produit n'est pas disponible », femme non enceinte.

D'après les informateurs, la distance n'est pas un problème très important dans la recherche des soins. *« Il y a des taxis, des bus, des mobylettes, mais l'obstacle majeur reste les moyens financiers ».*

❑ Suggestions faites par les personnes interrogées

Les enquêtées ont fait des propositions pour l'amélioration de l'accès aux services, surtout dans le cadre des populations qui n'ont pas de moyens financiers.

- Sensibilisation/information dans des églises et des mosquées ;
- Impliquer les associations au niveau de certaines prestations liées au planning familial (par exemple, fournir certaines méthodes contraceptives aux usagers, référer des usagers à des formations sanitaires) ;
- Informer davantage les jeunes sur la SR, les services de PF puisqu'ils communiquent beaucoup entre eux ;
- Faire l'éducation familiale dans les écoles (introduire dans les programmes des cours sur les relations entre garçons et filles, la vie familiale) ;
- Favoriser l'emploi au niveau des jeunes ;
- Sensibiliser les agents de santé dans leur manière de recevoir les gens, surtout le personnel féminin ;

- Baisser le coût des préservatifs (le coût de l'unité est passé de 50 à 75 FCFA).

4.2. Suivi des grossesses et accouchements

Pour la majorité des informateurs, le suivi de la grossesse est une bonne chose pour la santé de la mère et de l'enfant.

« Pendant le suivi de la grossesse, on peut découvrir un problème », focus, femme enceinte. Le suivi de la grossesse peut se faire également au niveau familial à travers des conseils reçus de certaines personnes (belle-mère, mère, mari, voisine). Cependant certains facteurs limitent le recours aux services. Selon les prestataires interrogés, les relations avec les femmes primipares sont parfois difficiles au niveau de l'examen clinique.

« Elles refusent parfois d'écartier les jambes pour permettre le bon déroulement de la consultation », propos d'une Sage-femme.

D'après un Maïeuticien d'Etat, les relations entre le personnel de santé et les patients ne sont pas de bonne qualité.

« Le personnel tout comme les usagers se plaignent de la qualité de ces relations ».

4.2.1. Contraintes liées au suivi de la grossesse

Ce point présente les résultats concernant les différents obstacles qui empêchent les usagers de recourir aux services de santé.

4.2.1.1. Accessibilité sociale et culturelle

Il s'agit des obstacles socioculturels qui empêchent les usagers d'utiliser les services de santé et sociaux. Voici quelques témoignages exprimés par les enquêtés.

« Certains maris n'encouragent pas les femmes à se rendre aux services de santé. Ils pensent que ce sont des dépenses inutiles, puisqu'ils pensent que la grossesse n'est pas une maladie. Parfois aussi, les femmes ne disent rien aux maris après la consultation. Elles préfèrent parler entre femmes, sauf si on signale un problème grave » femme non enceinte.

« Les jeunes filles célibataires ont peur de la réaction des sages femmes au cours du suivi de la grossesse ». Focus, jeunes filles.

Selon les enquêtés, le non suivi des consultations prénatales peut être lié à l'origine de la grossesse. Si c'est une grossesse non désirée avec des difficultés de paternité, la jeune fille n'ira pas au centre de santé.

« Les parents n'encouragent pas parfois la jeune fille à se rendre au centre de santé », focus, femmes enceintes. La peur de la réaction de la famille ne permet pas à la jeune fille d'informer les parents de la grossesse. C'est parfois un déshonneur pour la famille, surtout lorsque le partenaire n'est pas connu ou apprécié des parents.

« Il arrive que la jeune fille cache la grossesse à ses parents, jusqu'à ce que le ventre apparaisse », focus, femmes enceintes.

Les personnels de santé sont présents à la formation sanitaire, mais ne sont pas disponibles pour les patients.

« Les infirmières passent leur temps à regarder la télévision au lieu de s'occuper des femmes », focus, femmes non enceintes.

Les « mauvaises » expériences liées à l'accueil de certaines femmes ne permettent pas à d'autres de recourir facilement aux services de santé.

« J'avais peur de venir ici pour ma grossesse. J'ai toujours entendu parler du mauvais comportement du personnel de santé qui suit les grossesses. C'est une amie qui m'a encouragée en disant que c'est vrai, mais de ne pas avoir peur. C'est un problème de santé. Je viens de finir la consultation. Je peux dire que ça va », (primipare, 5 mois de grossesse.)

4.2.1.2. Accessibilité économique

Bien que des appréciations positives soient exprimées dans le suivi de la grossesse au centre de santé, les enquêtées ne manquent pas de souligner le coût onéreux de cette prise en charge.

« Jusqu'à présent si je suis toujours à la maternité, c'est à cause des frais de sortie », nouvelle accouchée.

« Les frais de suivi de la grossesse sont élevés. C'est à cause de mon mari que j'ai pu faire des examens et payer la maternité qui a coûté 6000 FCFA », entretien individuel femme enceinte.

L'argent n'est pas toujours disponible,

« La mobilisation de l'argent a été difficile, car mon mari a perdu son travail », femme en consultation avec son enfant malade.

La prise en charge médicale de la grossesse engendre toujours des dépenses.

« Il y a toujours des problèmes financiers pour honorer les ordonnances. En cas de complication, les sages femmes ne nous donnent que des

ordonnances. Parfois on nous fait des papiers pour aller à l'hôpital. Mais comme nous sommes pauvres, nous prions Dieu seulement qu'il nous aide avec le peu qu'on a », focus, femmes non enceintes.

Le manque ou l'insuffisance d'argent pour payer les factures engendre d'autres conflits ou compliquent davantage les relations entre personnels de santé et usagers.

« Lors de ma première grossesse, mon mari n'avait pas de travail. Pour avoir à manger, c'était un problème, n'en parlons pas de médicaments. Mon mari n'a pas pu payer l'ordonnance. Maintenant, la sage femme n'a pas voulu me comprendre. Elle a commencé à m'insulter. Je n'ai pas pu m'expliquer et j'ai commencé à pleurer », focus, femmes enceintes.

Le coût à payer ne se limite pas seulement aux frais médicaux.

« Quand on va au dispensaire, il y a beaucoup de choses à payer. La consultation, le parking, les médicaments. On n'a pas d'argent. Les hommes nous aident, mais pas toujours » entretien individuel, femme enceinte.

La mobilisation des fonds peut se faire à travers la solidarité familiale (père, mère, oncles, ...), ou par des amis.

« Une amie m'a prêtée de l'argent pour amener mon enfant au dispensaire. Mon mari va rembourser. Ce n'est pas beaucoup. C'est 2000 FCFA », entretien individuel, mère d'un enfant malade.

Face à des difficultés financières, certains soignants à contribuent au paiement des médicaments pour certains patients.

« Il y a des femmes qui fuient de la maternité sans payer les frais. Pendant le séjour à la maternité, il y a des femmes qui ne reçoivent presque rien à manger de la part de leur famille. C'est difficile; j'ai eu à payer moi-même des produits pour aider une femme ».

4.2.1.3. Accessibilité géographique

Le problème de l'accessibilité géographique a été mentionné, mais ne constitue pas un véritable handicap dans le recours aux soins. Les enquêtés ont évoqué la disponibilité des moyens de déplacements : taxis, bus, vélos, mobylette.

« Jusqu'au septième mois de grossesse, on peut toujours se débrouiller, mais après on est fatiguée. J'ai la chance de ne pas être trop loin du centre. Sinon mon mari allait m'amener», femme enceinte (propos accompagnés de rires).

Il arrive que la distance soit évoquée pour parler du coût.

« Le taxi coûte cher, le bus aussi et il faut payer deux fois. Nous on n'a pas d'argent. On est pauvre et on cherche à manger. », focus, mixte hommes/femmes démunis.

❑ Suggestions faites par les enquêtées à propos du suivi des grossesses et des accouchements

- diminuer les coûts liés au suivi des grossesses et des accouchements
- gratuité des soins pour les pauvres
- bien accueillir les femmes enceintes pour les consultations

4.3. Infections Sexuellement Transmissible/VIH

Il s'agit d'une analyse liée aux connaissances, pratiques et les facteurs limitant le recours aux soins par les usagers.

4.3.1. Connaissances et pratiques

Les IST cités par les enquêtés sont : la syphilis, la chaude pisse ou gonococcie, le chancre mou, le zona, les démangeaisons de l'appareil génital, l'herpès, le VIH.

4.3.2. Contraintes liées aux recours thérapeutiques

La prise en charge des IST au centre de santé a toujours engendré des problèmes, compte tenu de la dimension liée à la sexualité. Ces perceptions sociales ne facilitent pas toujours la prise en charge des maladies sexuelles.

4.3.2.1. Accessibilité sociale et culturelle

D'après les enquêtés, la **honte** est un facteur qui limite la fréquentation des structures de prise en charge des IST/VIH. La honte d'en parler aux amis.

« Certains ont peur d'être rejetés par leur entourage », focus jeunes garçons.

« Avoir une IST est synonyme de sida. Les IST sont les petits frères du sida », focus jeunes garçons.

« Lorsqu'un jeune découvre qu'il a le sida, il ne va jamais oser en parler à ses amis de peur que ses derniers ne le rejettent, se moquent de lui. Les publicités ont fait que les gens ont peur de cette maladie. Une fois qu'on l'a contractée on ne veut plus la divulguer », focus jeunes garçons (13-18 ans).

Selon les enquêtés, les maladies sexuelles citées en dehors du VIH/SIDA ne font pas l'objet de sensibilisation et de prise en charge particulière.

« On parle beaucoup de SIDA comme si ces maladies sexuelles n'existent plus » focus mixte, jeunes filles/garçons.

Un autre facteur serait lié à la hiérarchie sociale, par exemple l'âge.

« Les jeunes n'aiment pas rencontrer les infirmières tanties et infirmiers tontons au centre de santé pour parler d'IST. Ils ne sont pas trop gênés lorsque la différence d'âge n'est pas importante » entretien Agent de santé.

La difficulté est la consultation liée au sexe. Lorsque les jeunes garçons se présentent au dispensaire pour des problèmes d'IST, ils souhaitent rencontrer du personnel masculin pour la prise en charge.

« Ce n'est pas facile de montrer la chose-là (le sexe) à une femme qu'on ne connaît pas », focus, jeunes garçons.

Il y a aussi la gestion de la confidentialité par rapport à l'emplacement de la structure. Il a été cité le CMA de Pissy où il y a un service de prise en charge des séropositifs et malades du SIDA. Le fait de se rendre dans ce centre médical serait interprété comme étant atteint du VIH.

❑ Relations entre personnel de santé et usagers

La relation entre prestataires de soins et usagers n'est pas toujours facile à négocier, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes.

« Parfois quand on se présente au dispensaire et on dit qu'on a une IST, l'infirmier pose trop de questions : nom, comment as-tu eu ça ? Peux-tu amener ta partenaire ? Cela fait qu'on se débrouille pour la soigner. On se donne des conseils entre amis ».

Les enquêtés ont mentionné la stigmatisation des agents de santé en ces termes :

« Vagabondage sexuel ; pas sérieux ; vous les jeunes de maintenant, le préservatif est fait pourquoi ? ».

4.3.2.2. Accessibilité économique

Pour certains enquêtés la prise en charge des IST coûte chère. Le coût élevé fait que les jeunes s'orientent vers l'automédication, les tradipraticiens. Ils se confient parfois à des Agents de santé qu'ils connaissent dans le secteur d'habitation.

« J'ai eu à donner des rendez-vous à des jeunes au dispensaire, surtout le soir quand il n'y a pas une grande affluence de patients », entretien, Agent de santé.

« On peut payer facilement 3000 à 5000 FCFA pour les soins. Ça aussi, ça dépend. Un ami a déjà payé quelque chose comme ça. On utilise aussi les médicaments qu'on vend dans les rues. C'est efficace et pas cher », focus, jeunes garçons.

Les recours thérapeutiques sont ainsi diversifiés en fonction des moyens financiers disponibles. Comment se fait la mobilisation des ressources financières pour la prise en charge des problèmes de santé par les jeunes, surtout démunis ?

« Les jeunes que nous encadrons sont démunis. Ils sont formés dans des ateliers de soudure, de mécanique...C'est ça qui va leur permettre de se prendre en charge et d'éviter la délinquance », propos d'un Responsable d'Association.

4.3.2.3. Accessibilité géographique

Il ressort des entretiens que l'accessibilité géographique n'est pas un problème en soi. C'est plutôt la disponibilité des structures de prise en charge des IST qui pose un problème.

« Il n'y a pas de structures spécifiques de prise en charge des IST comme le VIH/sida. Par exemple, lorsque vous entrez au CMA de Pissy et vous rencontrer quelqu'un qui vous connaît, on pense au VIH/sida »,

« Moi, je ne vais plus au CMA de Pissy. C'est à côté, mais je préfère me rendre ailleurs, même si c'est loin », focus, jeunes garçons.

4.4. Connaissance des structures d'offre de soins de santé

Où vont les jeunes en cas de problèmes de santé ou d'IST/SIDA ? Pour la prise en charge des IST/VIH les enquêtés ont cité les formations sanitaires, le centre ABBEF, AAS. Cependant les itinéraires thérapeutiques utilisés pour se soigner diffèrent selon les intéressés. Il a été mentionné que les services de santé maternelle et infantile ou de planning familial reçoivent les femmes et les jeunes filles. Les dispensaires sont plus fréquentés par les garçons que les filles.

« Pour la prise en charge, la plupart des jeunes garçons ne souhaitent pas rencontrer les femmes soignantes. Ils préfèrent être consultés par les infirmiers. C'est parfois pareil pour les jeunes filles. C'est la honte » propos d'un infirmier.

« Je ne voulais pas me faire consulter par un homme infirmier ».

Outre ces services de santé, les jeunes ont recours aux tradipraticiens, aux médicaments de la rue, à l'automédication, aux cabinets médicaux privés, aux associations de prise en charge du VIH/SIDA et parfois aux services des agents de santé en dehors de la formation sanitaire. La circulation de l'information se passe au niveau des jeunes à partir d'un réseau social/familial: ami (es), copains/copines, frères, sœurs, conjoints, etc.

« Parfois ce sont de fausses informations qui circulent entre les jeunes, surtout l'utilisation des produits », propos, Responsable d'association jeunes.

Selon les prestataires et certains responsables d'associations beaucoup de jeunes ne savent pas lire et écrire. Cet aspect ne leur permet pas de bénéficier des informations utiles pour changer leurs comportements.

❑ Suggestions faites par les personnes interrogées

- Informer davantage les jeunes sur les IST et les conséquences en SR
- Impliquer les associations dans la prise en charge des IST
- Diminuer les coûts de la prise en charge ou gratuité
- Améliorer la qualité de l'accueil dans les centres de santé

4.5. Données sur les avortements

Cette partie présente les résultats préliminaires d'une étude exploratoire menée sur les avortements. C'est une approche descriptive de la prise en charge des cas d'avortements non seulement par les patientes mais aussi par le personnel de santé, ainsi que la famille des patientes. Cette étude exploratoire sur les itinéraires thérapeutiques des avortements a été réalisée dans les districts sanitaires de Pissy et du secteur 30. La population est composée de patientes venues dans les formations sanitaires des deux districts ci-dessus cités pour une prise en charge médicale d'avortement. L'enquête a concerné des patientes en situation d'avortements, des accompagnants et du personnel soignant. Au total 47 patientes ont été interrogées. La plus jeune avait 17 ans et la plus âgée 41 ans (cf. Annexe). Des entretiens individuels ont eu lieu avec les patientes dont les caractéristiques sont présentées en annexe. Des focus group ont été organisés à partir des membres d'associations (cf. annexe).

4.5.1. Typologie des avortements

La déclaration sur les types d'avortements diffère toujours selon les intéressés et le personnel de santé. D'après les patientes, tous les 47 avortements notés pendant l'enquête sont dits spontanés (100%), alors que le personnel de santé avait noté 25 avortements provoqués (53,19 %), 10 avortements spontanés (21,27 %) et 12 cas non précisés (25,53 %).

Les femmes enquêtées n'ont jamais évoqué le terme d'avortements provoqués.

« Il arrive que nous découvrons des objets dans le vagin au cours de l'AMIU, tels que des morceaux de bois, des racines macérées. A ce moment, elle ne peut plus nier l'avortement provoqué » propos d'une sage-femme.

« Parfois, dit une autre sage femme, nous les intimidons en disant que les médicaments sont différents en fonction du type d'avortement et que la prise en charge n'est pas la même. La stratégie utilisée pour détecter les cas d'interruption volontaire de grossesse des avortements spontanés consiste à dire que la prise en charge des deux cas est différente l'une de l'autre. Les prescriptions des produits d'un avortement provoqué ne sont pas les mêmes que l'avortement spontané. Les unes ne peuvent pas remplacer les autres. Face à cette situation la patiente dit la vérité ».

Ces différents discours sur les types d'avortements témoignent de la difficulté à investiguer la question de l'avortement en raison des facteurs d'ordre juridique, religieux etc. et de la prise en charge qui crée parfois des conflits entre patientes et personnel de santé.

4.5.2. Causes liées aux avortements

D'après les discours des personnels de santé et des usagers, les causes des avortements sont multiples. Cependant, il faut faire une différence entre avortements spontanés et provoqués.

« L'avortement spontané ne dépend pas de nous. On peut l'avoir à la suite d'un accident, d'un travail intense ou autre chose. Ce n'est pas la personne elle-même qui veut enlever la grossesse », focus, femmes non enceintes.

En revanche,

« l'avortement provoqué est volontaire. C'est la personne qui choisit pour plusieurs raisons de ne plus vouloir de la grossesse. C'est fréquent chez les jeunes filles », focus, femmes non enceintes.

En ce qui concerne les causes, les enquêtés ont mentionné plusieurs facteurs qui amènent des femmes à avorter.

4.5.2.1. Causes sociales et culturelles

- Abandon de la jeune fille par le partenaire ;
- Refus de paternité ;
- Bannissement de la jeune fille/sanction des parents/rejet par la famille ;
- Honte et critique de l'entourage ;
- Refus de tomber enceinte avant le mariage ;
- Difficultés pour poursuivre les études...

4.5.2.1. Causes financières

- Pas de moyens financiers pour assumer les frais liés au suivi de la grossesse ;
- Difficultés financières pour s'occuper du futur enfant.

Selon les enquêtés, les causes des avortements chez les femmes mariées sont liées aux grossesses rapprochées, à l'infidélité de la femme, mais aussi à celle de l'homme, « *surtout les hommes mariés qui veulent éviter les grossesses extraconjugales* », focus, jeunes filles.

4.5.3. Pratiques et itinéraires thérapeutiques

D'après les informateurs, plusieurs stratégies sont utilisées par les jeunes filles ou jeunes femmes pour avorter.

« Les filles sont prêtes à tout pour gêner la grossesse. Elles utilisent pour cela plusieurs manières ».

Il s'agit de feuilles, de racines macérées pour introduire dans le vagin, tessons de bouteilles écrasées servant de boisson. On note des pratiques abortives dues à l'utilisation de permanganate, de miel, du coca chaud, comprimés de nivaquine, la teinture bleue utilisée pour la lessive, du nescafé associé à de la bière Guinness, du jus de gingembre pour des purges... Ces pratiques sont connues des jeunes et du personnel de santé.

« Les jeunes se donnent l'information. Avant d'arriver au centre de santé, plusieurs tentatives ont été essayées. C'est suite aux échecs qu'on les voit arriver », Propos d'un Maïeuticien.

4.5.4. Processus de recours thérapeutiques

Il s'agit des itinéraires thérapeutiques effectués par les enquêtées à la recherche des soins. Le processus de recours aux soins implique plusieurs acteurs par lesquels l'information est acquise soit par expérience, soit qu'on a entendu parler.

« J'ai dit à une copine que j'avais mal au ventre. Elle m'a dit de se rendre à la maternité du CMA de Pissy. J'ai ensuite informé mon partenaire », propos d'une parturiente vivant en concubinage.

Les recours thérapeutiques sont orientés vers l'automédication, les cabinets de soins privés, les formations sanitaires publiques, les formations sanitaires confessionnelles et les formations sanitaires publiques.

« Je suis allée dans une clinique à Dassasgho pour faire l'échographie », propos d'une patiente de 30 ans.

« Au dispensaire qui se trouve dans les non-lotis du secteur 30, là-bas des agents m'ont demandée d'aller à Saint-Camille faire l'échographie. On m'a prescrit des médicaments et on m'a fait des injections », propos d'une patiente de 25 ans.

Le processus de recours aux soins inclut tous les examens effectués au préalable et les soins de la prise en charge médicale de la parturiente. Le processus de recours aux soins connaît parfois des contraintes d'ordre social, économique et géographique.

4.5.4.1. Accessibilité sociale et culturelle

La relation entre prestataires de soins et usagers n'est pas toujours facile à négocier, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes filles ou femmes non mariées qui consultent pour des avortements.

Ce point aborde les relations entre les usagers et les prestataires de soins à deux niveaux :

- Les relations entre personnels de santé et patientes sur les lieux de travail ;
- Les relations informelles entre jeunes et personnel de santé dans les quartiers.

☐ Relations entre personnel de santé et patientes

Les patientes et les accompagnants interrogés que les relations avec les personnels de santé sont dans l'ensemble satisfaisantes, comme en témoignent ces quelques propos.

« La sage-femme de garde m'a dit de ne pas paniquer », patiente, 35 ans.

« Au CSPS du secteur 30, on m'a dit de venir vite ici [CMA] parce que la grossesse est en train de se gâter, sinon, si je rentre, ça peut se compliquer », patiente, 38 ans.

Mais il demeure aussi des incompréhensions, voire des interactions conflictuelles.

« Vers une heure du matin quand nous sommes arrivés, je saignais ; la sage-femme m'a vue et elle a dit que je n'ai pas accouché ici, donc de repartir où j'avais accouché. J'avais accouché à Yalgado le 04 décembre », patiente, 32 ans.

« Quand nous sommes arrivés, il y avait un long rang, mais on s'est bien occupé de nous. Selon moi, tout ce qui est structure sanitaire de l'Etat est nul, explique le conjoint d'une patiente. C'est parce que pour le moment, je n'ai pas les moyens pour l'envoyer là-bas ; je préfère les structures sanitaires religieuses. Dans la structure publique, je n'ai pas été satisfait de l'accueil. On nous a fait attendre longtemps alors que c'était un cas d'urgence. En tout cas, ici à vue d'œil, ça va par rapport à Yalgado », propos d'un conjoint 28 ans.

« Nous rencontrons d'énormes difficultés avec les patientes jeunes, dit une sage-femme. Des patientes avouent ne pas vouloir garder leur grossesse et nous demandent de les en débarrasser, parce qu'elles ont un enfant qu'elles allaitent toujours. Plusieurs d'entre elles affirment avoir pris des médicaments lorsqu'elles se sont senties mal avant de se rendre au centre de santé pour être consultées ou avouent ne pas se savoir enceintes ».

D'autres problèmes ont été évoqués par le personnel de santé.

« Les jeunes filles qui sont à leur premier accouchement n'ont aucune idée sur l'accouchement. Les pratiques de consultation sont souvent difficiles. Souvent même pour qu'elles écartent leurs jambes pour les touchers c'est tout un problème. Parfois on les menace un peu ».

❑ La confidentialité

« Pour les consultations et à cause de la promiscuité, les gens n'acceptent pas exprimer leur mal en toute quiétude, parce que la pudeur n'est pas réservée », Agent de santé.

❑ Relations informelles entre personnel de santé et jeunes

Certains personnels de santé appuient des associations dans la réalisation d'activités en matière de santé (prise en charge médicale et sociale de personnes vivant avec le VIH/SIDA, conseils en dépistage, santé de la reproduction...). En

dehors de l'assistance apportée à des associations, les personnels de santé apportent individuellement aux jeunes de quartiers des réponses à leurs sollicitudes en matière de santé.

« Ils viennent me voir en tant que leur tante pour demander des comprimés. Je leur donne aussi de temps en temps de l'argent pour acheter du thé », dit une infirmière. *« C'est souvent les jeunes filles qui viennent nous solliciter des conseils surtout quand elles sont enceintes et que l'auteur refuse de reconnaître. Nous leur donnons des conseils et les soutenons de garder leur grossesse. Pour celles que nous n'arrivons pas à ramener à la raison, nous les référons à l'action sociale »,* propos d'une sage femme.

4.5.4.2. Accessibilité économique

Les montants qui varient de 5.500 et 7500 FCFA ont été déclarés respectivement aux CMA de Pissy et du secteur 30 pour la prise en charge des cas d'avortements, ce qui représente un kit à payer dès l'admission de la parturiente en fonction de son état. Le coût moyen payé par patiente s'élève à 19.509 FCFA avec un montant minimal de 3.000 FCFA et un maximum de 56.790 FCFA. Ces coûts déclarés par les patientes incluent non seulement le kit mais aussi les soins médicaux et les frais d'examens (examens biologiques, imagerie médicale).

Le personnel observe que des parturientes arrivent souvent au centre de santé sans accompagnantes et sans moyens financiers.

« Ce sont les cas qui arrivent chez nous. Beaucoup s'évadent parce qu'elles ne peuvent pas payer leurs factures ».

Il arrive que des jeunes filles se présentent au centre de santé avec des grossesses pour lesquelles elles ne connaissent pas l'« auteur ».

« C'est l'action sociale qui s'occupe d'elles. Par moments on peut rencontrer au moins cinq cas par mois ».

« Les soins sont parfois chers parce que les patientes font n'importe quoi avant d'arriver ici (centre de santé) », propos d'une sage femme.

La mobilisation financière se fait avec les conjoints, les parents de l'enquêtée, les amis, les beaux-parents, de la patiente elle-même. Les stratégies de mobilisation des ressources financières sont diverses : épargne, emprunt, solidarité.

« J'ai utilisé l'épargne que j'avais et mon beau-frère m'a soutenue », enquêtée, vendeuse de condiments.

« J'ai payé la moitié des frais. Quand je suis arrivée à Ouaga mon argent était fini ; c'est donc mon beau-père qui a payé », patiente venue d'un village.

« Mon fiancé a emprunté de l'argent à son frère », patiente sans emploi.

« Mon mari a été obligé de s'endetter », patiente, sans emploi.

« C'est mon amie m'a aidée à payer », patiente, commerçante.

« Les soins sont chers. Si tu n'as pas d'argent, c'est compliqué », conjoint d'une patiente.

4.5.4.3. Accessibilité géographique

La distance selon les enquêtées ne pose pas un véritable problème. C'est la multiplicité des recours thérapeutiques qui pose un problème de distance à parcourir, surtout lorsqu'il s'agit de faire des examens (sang, échographie, radiologie, ...).

« Je suis allée au CSPS du 28 d'abord, puis au centre médical St Camille fille et enfin à St Camille. Je n'ai fait que des examens (sang, selle, échographie) », patiente, 27 ans.

« Je suis allée dans un CSPS à Kongoussi [100 KM de Ouaga] où je réside. J'ai reçu des injections et des médicaments. Après je suis venue voir un gynécologue à Ouaga qui m'a prescrit des comprimés. Il m'a dit d'aller les prendre et que si les douleurs persistaient, d'aller faire une échographie, donc je suis allée à l'hôpital protestant faire l'échographie et on m'a dit que l'embryon était mort. J'étais à la 9ème semaine et 5 jours de grossesse. C'est de là que je suis venue ici ». Patiente, commerçante.

« Je suis allée à la maternité du secteur 8. Là-bas on m'a prescrit novalgin® contre les douleurs pelviennes et malarix® contre le palu ; après les douleurs persistaient et on m'a fait faire une échographie et suite au résultat on m'a référée au CMA ».

4.5.5. Contraception et avortements

Les méthodes contraceptives citées par les enquêtées sont les pilules, les préservatifs, les injectables, le stérilet, la ligature des trompes, la méthode naturelle dite traditionnelle. Selon celles-ci, les préservatifs et les pilules sont les plus utilisés. Les facteurs favorisant le choix des contraceptifs ont été mentionnés dans la partie sur les espacements de naissances.

Il ressort des données que des patientes établissent un lien entre la prise antérieure des contraceptifs et l'avortement. Voici quelques témoignages à ce sujet :

« Les sages-femmes de la maternité m'ont dit que c'est le gaz des pilules qui se trouvait toujours dans mon organisme qui a provoqué l'avortement », patiente, 28 ans.

« En tout cas j'ai des doutes, parce que quand j'ai enlevé le norplant, j'ai cherché la grossesse pendant un mois et finalement ça s'est mal terminé », patiente, 36 ans. *« Je ne sais pas ; certains disent que ce sont les pilules, d'autres disent que c'est le paludisme ; vraiment, je ne sais pas au juste s'il y a un lien »,* patiente, 41 ans. *« J'avais déjà eu des avortements spontanés ; j'avais peur que les contraceptifs ne jouent encore sur mes prochaines grossesses »,* patiente, 40 ans.

4.5.6. Relations avec l'environnement familial et social

La gestion de ces relations peut être analysée à deux niveaux :

□ Relations avec les parents de l'enquêtée

Ce point est consacré à une description des relations qui existent entre les enquêtées et leur environnement familial. Il permet de comprendre la gestion des relations entre les différents acteurs et leur implication dans la prise en charge de l'état de santé de l'enquêtée. De bonnes relations existent parfois entre les patientes et leurs famille dans la gestion des problèmes de santé et autres.

« Nos rapports sont bons ; on s'entraide ; quand j'ai un problème, j'ai le soutien de la part de tout le monde », patiente, commerçante.

« Ma mère n'est plus, mais je vis en harmonie avec les coépouses de ma mère, avec mon père également », jeune patiente de 23 ans, sans emploi.

« On s'entend bien malgré que le papa ne soit plus en vie; ils m'ont soutenue dans mes études et aussi je vis avec ma cousine », jeune patiente, élève.

Cependant, les relations familiales peuvent être parfois difficiles à négocier (père, belle-mère).

« Les relations sont bonnes avec ma mère, mais pas avec mon père parce qu'il est contre le fait que je vis avec mon copain sans que rien ne soit fait. Donc le courant ne passe pas entre le vieux et moi », patiente, concubinage.

« Les rapports ne sont pas très bien parce que ma situation matrimoniale ne leur plaît pas ; ils veulent que mon conjoint et moi fassions le mariage avant d'avoir d'autres enfants », patiente, concubinage.

« On s'entendait bien, mais depuis que j'ai quitté définitivement mon mari, ça ne va plus, surtout avec mon père », patiente, divorcée.

L'analyse de ces relations familiales permet de comprendre le soutien familial qu'apportent les membres de la famille à la gestion des problèmes sociaux et de santé.

❑ Relations avec les conjoints

Les rapports sont en général satisfaisants avec les conjoints :

« Avec mon conjoint, il n'y a pas de problèmes. Il fait tout pour ne pas me décevoir. Il m'aide surtout moralement à accepter ce qui arrive entre mon père et moi à cause de la grossesse », patiente de 30 ans.

« L'entente est parfaite, comme il n'est pas régulier à la maison ; quand il vient on s'entend bien », patiente de 41 ans.

Des rapports conflictuels plus ou moins acceptables ont été mentionnés :

« Nous avons des relations conflictuelles de temps en temps », patiente, 19 ans. *« L'entente est parfaite sauf qu'il a un gros cœur et souvent pour un rien on se dispute. Mais une fois la colère passée, il revient me présenter ses excuses »,* patiente, 32 ans.

« On ne s'entend pas très bien parce qu'à chaque fois que j'évoque la question du mariage, c'est chaud, et tout le temps il dit qu'il n'a pas l'argent d'abord ».

« On s'entend bien mais les scènes de ménage n'en manquent pas. Une fois, il m'a accusée d'infidélité et il m'a frappée » patiente de 30 ans.

Il est nécessaire de mentionner ces relations socio familiales (environnement familial et social) car des cas d'avortements (provoqués/spontanés) peuvent être liés au climat social. Cependant, les limites méthodologiques de cette étude ne permettent pas d'établir des corrélations entre les types d'avortements et ces facteurs sociaux.

❑ Suggestions faites par les personnes interrogées.

- Informer/sensibiliser les jeunes filles sur les conséquences des avortements clandestins
- Informer davantage les parents sur les conséquences du rejet de la jeune fille enceinte du milieu familial
- Favoriser l'accès à l'emploi des jeunes

- Améliorer l'accueil dans les centres de santé et sociaux par la prise en charge des jeunes.

Conclusion/Recommandations

Cette étude exploratoire sur les itinéraires thérapeutiques a permis d'identifier des facteurs qui empêchent les femmes, les jeunes et des personnes démunies de recourir aux soins pour améliorer leur état de santé. L'analyse des contraintes sociales, géographiques et économiques montrent bien la diversité des trajectoires thérapeutiques : tradipraticiens, médicaments de la rue, formations sanitaires, automédication. Le choix de ces stratégies thérapeutiques fait intervenir un ensemble d'acteurs dans la circulation des informations et les prises de décisions interfamiliales (père, mère, enfants, frères, sœurs, oncles, tantes...) et sociales (réseau d'amis, de copains, de voisins).

Pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé et sociaux par les jeunes, les populations démunies et pour atteindre les objectifs du projet, les recommandations suivantes ont été formulées par les participants à l'étude :

- Former ou sensibiliser le personnel de santé à l'accueil dans les formations sanitaires ;
- Renforcer les compétences des membres d'associations pour contribuer à donner des conseils en matière de planning familial et pour référer les intéressés au centre de santé ;
- Sensibiliser la population jeune : organiser des débats autour d'expériences réussies en matière de prise en charge d'un problème de santé ;
- Créer un cadre de concertation entre les associations pour les impliquer à accompagner les jeunes dans la recherche de soins ;
- Impliquer les radios FM pour animer des débats autour des thèmes comme l'avortement;
- Créer des centres jeunes et animer des conférences sur la santé ;
- Créer des mutuelles pour permettre de réduire les frais médicaux. ;
- Sensibiliser les jeunes filles sur les conséquences des avortements ;
- Créer/renforcer un réseau d'associations ou un cadre de concertation permettant de recevoir et d'orienter les populations en fonction de leurs besoins en matière de santé génésique ou santé de la reproduction ;

- ❑ Former les prestataires de soins à bien accueillir les usagers ;
- ❑ Impliquer les COGES dans la prise en charge médicale des personnes indigentes ou démunies au sein des formations sanitaires ;
- ❑ Créer un réseau de prestataires en collaboration avec des associations pour prendre en charge des usagers démunis.

ANNEXES

Tableau 1. Formations sanitaires identifiées pour les entretiens individuels et focus groups sur les itinéraires thérapeutiques

ARRONDISSEMENT DE BOGODOGO (District sanitaire du 30)		
Formations sanitaires	Type	Statut
CSPS secteur 15	CSPS	Public
Juvénat Filles	Dispensaire + SMI	Confessionnel
Trame d'accueil Ouaga 2000	CSPS	Public
ARRONDISSEMENT DE BOULMIOUGOU (District sanitaire de Pissy)		
Formations sanitaires	Type	Statut
CSPS secteur 18	CSPS	Public
CSPS de Nagrin	CSPS	Public
CSPS du secteur 16	CSPS	Public
CSPS du secteur 19	CSPS	Public

Tableau 2. Répartition des participants par nombre et par type d'outils

Population enquêtée	Nombre de focus	Nombre de participants	Structures de recrutement
Femmes non enceintes	1	10	APOD
Jeunes filles	2	27	Juvénat filles
Jeunes garçons	1	13	ATUJB
Jeunes F/G (mixte)	2	24	APOD
Femmes enceintes	1	10	Centres de santé
Personnes démunies	1	10	Mairie
informateurs individuels	0	30	Centres de santé

Tableau 3. Répartition tranche d'âge et par structure sanitaire des cas d'avortements

Tranche d'âges (ans)	Fréquences	Pourcentage %
15-20	11	23.4
21-25	10	21.3
26-30	13	27.7
31-35	4	8.5
36 +	9	19.1
TOTAL	47	100%

Tableau 4. Répartition par profession/type d'activités et par structure des cas d'avortements

Profession/ Activités	Fréquences	Pourcentage %
Elèves/Etudiants	3	6.4
Fonctionnaires	8	17.0
Ménagères	19	40.4
Secteur informel	17	36.2
Total	47	100%

Tableau 5. Répartition par statut matrimonial des patientes

Statut	Fréquence	Pourcentage %
Célibataire	8	17.0
Mariée	25	53.2
Divorcée	1	2.1
Concubinage	12	25.5
Veuve	1	2.1
Total	47	100%

Tableau 6. Répartition des patientes par niveau d'instruction scolaire

Niveau	Fréquence	Pourcentage %
Aucun	13	27.7
Primaire	17	36.2
Secondaire	15	31.9
Supérieur	2	4.3
Total	47	100%

Tableau 7. Personnes informées de l'état de santé de la patiente et liens sociaux

Accompagnants /liens	Fréquence	Pourcentage %
conjointes	29	61.7
parents	3	6.3
Beaux - parents	5	10.6
Amis / voisinage	4	8.5
Sans réponse	7	14.8
Total	47	100

Tableau 8. Décision de recourir à une formation sanitaire par les patientes et liens sociaux (CSPS, CMA, Clinique)

Accompagnants (liens)	Fréquence	Pourcentage %
conjointes	20	42.5
parents	2	4.2
Beaux - parents	4	8.5
Personnel de santé*	12	25.5
Sans réponse	2	4.2
Enquêtée	7	14.8
Total	47	100

* *référence*

Tableau 9. Accompagnants des patientes et liens sociaux

Accompagnants (liens)	Fréquence	Pourcentage %
Conjoints	18	38.2
Parents	5	10.6
Beaux - parents	8	17.0
Amis / voisinage	2	4.2
Sans réponse	2	4.2
Enquêtée	12	25.5
Total	47	100

Tableau 10. Moyens de transport utilisés par les patientes pour se rendre à la formation sanitaire

Moyens de déplacements	Fréquence	Pourcentage %
Véhicule personnel	4	8.5
Taxi	1	2.1
bus	1	2.1
Ambulance	2	4.2
moto	26	55.3
Vélo	5	10.6
A pied	6	12.7
Sans réponse	2	4.2
Total	47	100

Tableau 11. Paiement des frais et liens sociaux

Accompagnants (liens)	Scores
Conjoints	6
Parents	1
Beaux - parents	2
Amis / voisinage	1
Sans réponse	38
Enquêtée	1

Tableau 12. Utilisation des méthodes contraceptives modernes

Types de contraceptifs	Scores
Pilules	28
Préservatifs	9
Injections	5
Norplant	3
Stérilet	1
Non déclaré	12

GUIDE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS ADRESSE AUX USAGERS DES CENTRES DE SANTE

Ce guide d'entretien concerne des jeunes (filles/garçons), femmes et populations démunies/indigents. Il est composé de deux sections :

- Les caractéristiques sociodémographiques
- Planification Familiale, suivi de la grossesse, complications obstétricales, IST/HIV

{Pour l'enquêteur : Avant d'aborder chaque entretien, il faut procéder aux salutations et aux présentations d'usage. Se présenter à l'enquêté et situer l'objectif de l'entretien.

[EX : Nous souhaitons nous entretenir avec vous pour obtenir des informations sur vos connaissances et vos pratiques en matière de Planification familiale et d'IEC/CCC dans ce domaine. Vos réponses aideront à mieux comprendre la situation des jeunes, des femmes, des patients et pourront aider à améliorer la qualité et l'accès aux services de santé...]

A/ Nom/Enquêtrice

B/ Structure concernée : District sanitaire.....

C. Date de l'entretien /... / ... / ... /

E. Lieu de l'entretien (CSPS, domicile, autre)

Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté

1.1. Age /.../.../ ans

Sexe (entourer la réponse) / F / / M /

1.2. Profession/type d'activité exercée

1.3. Statut matrimonial (cocher) : célibat /... / mariée /... / divorcée /... /
autre /.../ préciser.....

1.4. Niveau d'instruction de l'enquêté : Primaire /.../ secondaire /... /
Supérieur /.../ Aucun /... /

1.5. Religion :

1.6. Lieu de résidence (quartier/secteur)

1.7. Langue (s) utilisée (es)

ENTRETIENS INDIVIDUELS ADRESSE AUX USAGERS DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE

Processus de recours aux services

1. Pourriez-vous nous dire ce que vous êtes venu (e) faire dans ce centre/service ?
2. Comment avez-vous eu l'information sur l'existence de ce centre ?
3. Etes-vous allé (e) ailleurs avant de venir ici ?
4. Quels soins avez-vous reçus avant d'arriver ici ?
5. Quelles dépenses avez-vous effectuées là-bas ?
6. Combien avez-vous payé dans ce centre ? (Consultation, médicaments)
7. Que pensez-vous de la dépense que vous venez d'effectuer ? (*Coûteux, abordable, mobilisation de l'argent, difficultés à mobiliser cet argent*)
8. A qui avez-vous parlé de votre problème avant d'arriver ici ? (*Sonder père, mère, frères, sœurs, amis/copains, voisins, agents de santé/cation social, autres*)
9. Qu'avez-vous dit exactement à la personne ?
10. Qu'avez-vous reçu comme conseils par rapport à votre problème ? (*Centre de santé, réseau social Cf. Q 8*).....
11. Pourriez-vous nous parler des difficultés que vous avez eues avant d'arriver dans ce centre ? (*Moyens financiers, problème de langue, problème d'information, emplacement de la structure, autres*)
12. Quelles difficultés avez-vous rencontré dans ce centre ? (*Accueil par le personnel de santé, propreté de la structure, confidentialité, attente, absentéisme, langue, etc.*)
13. Avez-vous eu des difficultés pour avoir le service souhaité? (*Sonder : raisons du choix de la contraception, avantages de cette méthode, limites (Observance de l'utilisation, économiques, familiales, psychologiques, disponibilité du produit, accessibilité géographique, culturelle et religieuse, prestations médicales, et effets secondaires, durée de l'utilisation), autres soins.*)
14. Quelles pourraient être vos attentes et besoins en matière d'utilisation de services sociaux et de santé ?

A- GUIDE D'ENTRETIENS EN GROUPES ADRESSE JEUNES, FEMMES ET PERSONNES DEMUNIES

Espacement de naissance

- avez-vous entendu parler d'espacement de naissances ?
- comment faire pour espacer les naissances ? (*Sonder davantage les différentes méthodes d'espacement : injections, pilules, Norplan, collier, méthode naturelle, préservatifs, stérilet, ...*)
- contraintes/limites liées au recours à la planification familiale (*sonder accessibilité financière, socioculturelle, géographique, stigmatisation, ...*)
- Attentes/besoins (souhaits exprimés dans le domaine de la planification)

Suivi de la grossesse

- En cas de grossesse, que faites-vous ? Qu'avez-vous fait ? (Sonder les recours thérapeutiques pour la prise en charge)
- difficultés rencontrées ? Avez-vous recherché de l'aide (famille, action sociale, centre de santé)
- en cas de complications de la grossesse : sonder les itinéraires et leurs contraintes sociales, économiques, culturelles, géographiques, ...
- Attentes/besoins dans le suivi des grossesses (amélioration souhaités)

Avortements

- Gestion d'une grossesse non désirée : comment cela se passe ? Sonder tous les processus possibles pour aboutir à l'avortement, conseils reçus, itinéraires thérapeutiques, expériences, pourquoi avorter...
- Attentes/besoins/améliorations ?

IST / VIH

- Connaissance de maladie en rapport avec la sexualité : citer des maladies connues, lieux où les femmes et les hommes vont se soigner en cas d'IST/VIH. Sonder les contraintes liées à la prise en charge : centre de santé, stigmatisation, honte...
- Connaissance de structures d'offre de services : citer les. Quelle appréciation faites-vous de ces structures ? (Personnel, accueil, langue, heures d'ouverture, emplacement...)
- Attentes/besoins/améliorations des services

Suggestions générales

B- GUIDE D'ENTRETIENS EN GROUPES ADRESSE JEUNES, FEMMES ET PERSONNES DÉMUNIES

- 1. Que font certaines personnes (jeunes, femmes et personnes démunies) lorsqu'elles ont un problème social ou de santé ?** (*Maladie, grossesse non désirée, planification familiale, viol, violence, avortement, etc.*) *Sonder information sur les relations familiales, sociales, personnel de santé ou service social*
- 2. A qui ces personnes peuvent-elles s'adresser (informer) en cas de problème ?** (*Sonder père, mère, frères, sœurs, amis/copains, voisins, agents de santé/action sociale, autres*)
- 3. Selon vous, pour quelles raisons ces personnes n'utilisent-ils pas les services de santé ?** (*Problèmes linguistiques, prise de décision, économiques, géographiques, accueil dans les centres, peur, etc.*)
- 4. Que pensez-vous de la manière dont vous êtes informés sur les services sociaux et de santé ?**
(*Sonder : acteurs et structures souhaitées, périodes et occasions et lieux, Canaux/supports d'IEC/CCC souhaités*)
- 5. Y'a-t-il des messages de sensibilisation sur la SR que vous n'appréciez pas ?** (*Canaux/supports, les messages, les supports d'IEC, la méthodologie d'information et de sensibilisation sur le condom.*)
- 6. Quels sont les messages de sensibilisation sur la SR que vous appréciez ?**
- 7. Quels canaux vous semble-t-il plus pertinent pour diffuser l'information sur la SR ?**
- 8. La PF est-elle seulement une affaire de femmes ?**
Sonder sur le oui ou le non, pourquoi ?
- 9. Y a-t-il des sujets dont les parents ne discutent jamais ou très peu avec les enfants ?** (*Père, mère, tantes, oncles, sœurs, frères...*)
- 10. Selon vous, les filles sont-elles plus vulnérables que les garçons ?** (*Sonder les difficultés vécues en fonction des deux sexes*)
- 11. Qu'en est-il des IST dans le milieu des jeunes ?** (*IST courantes et connues, mode de traitement, honte, bravoure, contraintes pour la prise en charge*)
- 12. Quelles pourraient être les attentes et besoins des jeunes et populations démunies en matière d'utilisation de services sociaux et de santé ?** (*Sonder PF, personnel de santé, CPN, réseau de sociabilité, information, etc.*)

**C- GUIDE AVEC LE PERSONNEL DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE
(Action sociale et services de santé)**

1. Selon vous, y a-t-il des facteurs qui empêcheraient les jeunes de fréquenter les services de services sociaux et de santé ? (*Contraintes sociales, économiques, géographiques, accueil dans les centres, confidentialité, etc.*)
2. Quels sont les principaux problèmes auxquels les jeunes sont confrontés ? (*Sonder selon les problèmes selon les filles et les garçons, problèmes rencontrés par l'agent de service social/santé face à ce groupe jeune/personnes démunies*)
3. Les jeunes vous contactent-ils parfois dans votre secteur pour des problèmes de santé ou autres ?
4. Pensez-vous que les filles sont plus vulnérables que les garçons ?
5. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer cela ?

Merci pour votre collaboration !

**GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX JEUNES FEMMES ET ADOLESCENTES DE 14-25 ANS
(Avortements et autres complications obstétricales)**

Le questionnaire est adressé à la patiente. Si elle n'est pas dans les conditions de répondre, il faut questionner l'accompagnant. Relancer l'entretien si nécessaire !

A/ Nom/Enquêtrice

B/ Structure sanitaire : Maternité/CMA : Pissy /.... / Secteur 30 /.... /

CSPS (nom et district sanitaire)

C. Période de l'arrivée de la patiente à la formation sanitaire

Matin /.... / Permanence /.... / Garde /.... /

D. Date de l'entretien /.... / / /

E. Lieu de l'entretien (CSPS, domicile)

F. autre personne enquêtée

I. Identification

1.1. Age /..../..../ ans

1.2. Ethnie de l'enquêtée

1.3. Nombre de grossesse (y compris la dernière) /...../...../

1.4. Profession/type d'activité exercée

1.5. Statut matrimonial (cocher) : célibat /.../ mariée /.../ divorcée /.../

autre /.../ préciser.....

1.6. Niveau d'instruction de l'enquêtée : Primaire /..../ secondaire /.../ supérieur /..../ Aucun /..../

1.7. Niveau d'instruction de l'époux/conjoint : Primaire /.../ secondaire /.../

supérieur /..../ Aucun /.../

1.8. Profession de l'époux/conjoint

1.9. Lieu de résidence (ville, village, quartier/secteur)

1.10. Lieu d'habitation (cocher) : vit avec le conjoint /... /

vit avec les parents du conjoint /... / domicile parental de l'enquêtée /.../

Adresse facultative.....

II. Transport vers la structure sanitaire

2.1. Depuis combien de temps vous vous sentez mal ?

2.2. A qui avez-vous dit que vous avez mal ?

2.3. Qui a pris la décision de vous envoyer au centre de santé ? (CSPS, Clinique, CMA)

2.4. Qui vous a conduit à la structure sanitaire ? (Mari, belle mère, tante, mère de l'enquêtée,...)

2.5. Comment avez-vous été conduit au centre de santé ? (Mobylette, vélo, ambulance, taxi...)

2.6. Qui a payé les frais de transport ?

2.7. Comment s'est faite la mobilisation de l'argent ? (Épargne, prêt, solidarité, assurance : l'enquêteur devra adapter la question à la compréhension de l'enquêtée)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Processus de prise en charge médicale

3.1. Pourriez-vous dire ce que vous avez reçu comme soins ? (noter les lieux où les soins ont été administrés)

.....
.....
.....
3.2. Qu'avez-vous reçu comme premiers soins dans ce centre (CMA) ? (Injections, médicaments, perfusions : glucose, sang, autres)
.....
.....

3.3. Combien avez-vous dépensé ? (Voir l'ordonnance si possible)

3.4. Qui a payé les soins?

3.5. Qu'avez-vous reçu comme conseils par rapport à votre état ?
.....

IV. Perceptions des personnels de santé

4.1. Comment avez-vous été accueilli par le personnel des centres utilisés ? (Prise en charge immédiate ? qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié ? Qu'avez-vous apprécié ? Avez-vous constaté une différence de comportements entre personnel féminin et masculin ?)
.....
.....
.....

V. Contraception et avortements

5.1. Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs ? Oui /.... / Non /.... /

5.2. Si oui, lesquels aviez-vous utilisé ? (Préservatifs, pilules, etc.) :.....
.....

5.3. Si non, pourquoi ? :

5.4. Si oui, y a-t-il un lien avec votre état actuel ? :

VII. Relations avec l'environnement social et familial (relever les citations ou métaphores utilisés par l'enquêtée)

7. 1. Pourriez-vous nous décrire les rapports avec vos parents ? (Père, mère, tantes, oncles, sœurs, frères...) :

7.2. Pourriez-vous nous décrire les rapports avec les beaux-parents ? (Parents du conjoint) :

7.3. Avez-vous choisi votre partenaire ? (Choix personnel, relations arrangées par les parents...) :.....

7.4. A quelle occasion ? (lieu de rencontre) :

7.5. Pourriez-vous nous décrire les relations avec votre partenaire ? (Entente, conflits/violence...) :

7.7. Aviez-vous (si enquêtée célibataire) un projet de mariage avec votre conjoint ? (Autre personne) :

7.8. Lequel des parents est-il informé de cet avortement ? (Père, mère, pourquoi)

.....
.....

7.9. Si non, avez-vous l'intention de les informer ? Oui /.... / Non /.... /

7.10. Si oui, qui ? (Mère, père, autre) :.....

.....

7.11. Quand ?

7.12. Si non, pourquoi ? :

.....
.....

Merci pour votre collaboration !